

LOGOS VESTIGIUM

Pactos por la Vida:
una experiencia de prevención
basada en la evidencia
Aproximación crítica



Constanza Londoño Pérez
Karen Liseth Cabarcas Acosta
Angélica María Claro Gálvez
Luis Flórez Alarcón
Laura Viviana Gómez Vanegas
Diana Constanza Pulido Garzón
Luis Alberto Salinas Loaiza
Marcela Velasco Salamanca
Helena Vélez Botero

2



LOGOS VESTIGIUM

La colección editorial Logos-Vestigium comprende obras fruto de la actividad científica de la Facultad de Psicología de la Universidad Católica de Colombia.

Su nombre exalta la búsqueda comprometida de vestigios —entendidos como respuestas tentativas a preguntas de investigación— que permitan aportar, desde el quehacer académico, al desarrollo social y de la ciencia psicológica.

Vestigio, como señal de algo inacabado, es una exhortación a la persistencia, a la búsqueda, e invita a continuar con la averiguación y el estudio de lo psicológico en un entorno tecnológicamente cambiante, metodológicamente diverso y socialmente complejo. Son propios a esta colección reflexiones, teorías, procedimientos, métodos, instrumentos, protocolos, procesos, hallazgos, documentación de innovación y demás tipos de formatos de aportes derivados de los avances contemporáneos de sus líneas de investigación, que, bajo principios de excelencia teórica y metodológica, sean seleccionados en el proceso característico de las publicaciones científicas.

Constanza Londoño Pérez

Doctora en Psicología por la Universidad de la Laguna; investigadora del Doctorado en Psicología de la Universidad Católica de Colombia.

clondono@ucatolica.edu.co

Karen Liseth Cabarcas Acosta

Magíster en Psicología por la Universidad Católica de Colombia; docente de la Especialización en Psicología Clínica de la Universidad Católica de Colombia

klcabarcas@ucatolica.edu.co

Angélica María Claro Gálvez

Especialista en Psicología Médica y de la Salud por la Universidad El Bosque; estudiante del Doctorado en Salud Pública de la Universidad Nacional de Colombia. Forma parte del grupo de investigación Estilo de Vida y Desarrollo Humano, adscrito a la Facultad de Ciencias Humanas de la Universidad Nacional de Colombia.

amclarog@unal.edu.co

Luis Flórez Alarcón

Doctorado en Psicología por la Universidad Autónoma de México; director del grupo de investigación Estilo de Vida y Desarrollo Humano, adscrito a la Facultad de Ciencias Humanas de la Universidad Nacional de Colombia.

luisflorez@cable.net.co

Laura Viviana Gómez Vanegas

Magíster en Psicología en la línea de investigación en Psicología Clínica, de la Salud y Adicciones.

lauravgomezv@hotmail.com

Diana Constanza Pulido Garzón

Magíster en Psicología por la Universidad Católica de Colombia; psicóloga de la Secretaría Municipal de Sibaté.

psicodiana@gmail.com

Luis Alberto Salinas Loaiza

Magíster en Psicología en la línea de investigación en Psicología Clínica, de la Salud y Adicciones.

loaizaluis7@gmail.com

Marcela Velasco Salamanca

Magíster en Psicología por la Universidad Católica de Colombia; docente de la Especialización en Psicología Clínica de la Universidad Católica de Colombia.

rmvelasco@ucatolica.edu.co

Helena Vélez Botero

Magíster en Psicología por la Universidad Nacional de Colombia; coordinadora del grupo de investigación Estilo de Vida y Desarrollo Humano, adscrito a la Facultad de Ciencias Humanas de la Universidad Nacional de Colombia

hjvelezb@unal.edu.co

Pactos por la Vida:
una experiencia de
prevención basada
en la evidencia
Aproximación crítica



Constanza Londoño Pérez

Karen Liseth Cabarcas Acosta

Angélica María Claro Gálvez

Luis Flórez Alarcón

Laura Viviana Gómez Vanegas

Diana Constanza Pulido Garzón

Luis Alberto Salinas Loaiza

Marcela Velasco Salamanca

Helena Vélez Botero



UNIVERSIDAD CATÓLICA
de Colombia
Vigilada Mineducación

Cabarcas Acosta, Karen Liseth

Pactos por la Vida: una experiencia de prevención basada en la evidencia. Aproximación crítica /
Karen Liseth Cabarcas Acosta y otros ocho. – Bogotá: Universidad Católica de Colombia, 2017
100 páginas ; 17 x 24 cm

ISBN: 978-958-8934-47-1(digital)

ISBN: 978-958-8934-46-4 (impreso)

Incluye: bibliografía

I. Título II. Castro Buitrago, Nathalia II. Claro Gálvez, Angélica María III. Flórez Alarcón, Luis
IV. Gómez Vanegas, Laura Viviana V. Londoño Pérez, Constanza VI. Pulido Garzón, Diana Constanza.
VII. Salinas Loaiza, Luis Alberto VIII. Velasco Salamanca, Marcela IX. Vélez Botero, Helena

1. ALCOHOLISMO 2. ALCOHOLISMO-ASPECTOS PSICOLOGICOS 3. ALCOHOLIS-
MO-PREVENCIÓN 4. SALUD PÚBLICA

Dewey 362.292 ed. 21

PROCESO DE ARBITRAJE

Primer concepto de evaluación:

15 de marzo de 2016

Segundo concepto de evaluación:

16 de mayo de 2016

© Universidad Católica de Colombia

© Karen Liseth Cabarcas Acosta (Ed.),

Angélica María Claro Gálvez,

Luis Flórez Alarcón,

Laura Viviana Gómez Vanegas,

Constanza Londoño Pérez (Ed.),

Diana Constanza Pulido Garzón (Ed.),

Luis Alberto Salinas Loaiza

Marcela Velasco Salamanca

Helena Vélez Botero (Ed.).

Primera edición, Bogotá, D.C.

Diciembre de 2016

DIRECCIÓN EDITORIAL

Stella Valbuena García

COORDINACIÓN EDITORIAL

María Paula Godoy Casasbuenas

CORRECCIÓN DE ESTILO

John Fredy Guzmán

DISEÑO DE COLECCIÓN

JUANITA ISAZA

DIAGRAMACIÓN

Juanita Isaza

PUBLICACIÓN DIGITAL

Hipertexto Ltda.

www.hipertexto.com.co

IMPRESIÓN

Xpress Estudio Gráfico y Digital S.A.

www.xpress.com.co

Bogotá, D.C., Colombia

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Avenida Caracas # 46-22

Bogotá, D. C.

psicologia@ucatolica.edu.co

EDITORIAL

Universidad Católica de Colombia

Av. Caracas 46 - 72 piso 5

Bogotá, D. C.

editorial@ucatolica.edu.co

Todos los derechos reservados. Esta publicación no puede ser
reproducida ni total ni parcialmente o transmitida por un sistema
de recuperación de información, en ninguna forma ni por ningún
medio, sin el permiso previo del editor.

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	5
CAPÍTULO I	
Cuando la gente decide beberse la vida: panorama epidemiológico del consumo de alcohol y factores asociados	9
Constanza Londoño Pérez, Karen Liseth Cabarcas Acosta	
CAPÍTULO II	
La Política Nacional para la Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas y su Impacto: implicaciones en la prevención y análisis del caso del alcohol.....	19
Angélica María Claro Gálvez, Helena Vélez Botero	
CAPÍTULO III	
Psicología preventiva basada en la evidencia	33
Karen Liseth Cabarcas Acosta, Constanza Londoño Pérez	
CAPÍTULO IV	
Pactos por la Vida: una estrategia para reducir el consumo problemático de alcohol	45
Luis Flórez Alarcón, Helena Vélez Botero, Angélica María Claro Gálvez	
CAPÍTULO V	
¿Es el programa Pactos por la Vida una experiencia de prevención basada en la experiencia?	61
Karen Liseth Cabarcas Acosta, Constanza Londoño Pérez, Laura Viviana Gómez Vanegas, Luis Alberto Salinas Loaiza	
CAPÍTULO VI	
¿Por qué aplicar Pactos por la Vida en Sibaté?: un panorama de consumo en el municipio	73
Diana Constanza Pulido Garzón, Constanza Londoño Pérez, Marcela Velasco Salamanca	
CAPÍTULO VII	
La experiencia Pactos por la Vida en el municipio de Sibaté.....	81
Constanza Londoño Pérez, Karen Liseth Cabarcas Acosta, Diana Constanza Pulido Garzón	

El problema de salud pública de las drogas y, en especial, el problema del consumo de alcohol han sido abordados desde diversas perspectivas para lograr su comprensión, tratamiento y reducción. Esto ha hecho que abunde la literatura en torno al estudio de variables asociadas a su inicio, mantenimiento y cambio, y al diseño de estrategias dirigidas a reducir su prevalencia en los distintos grupos poblacionales. La tradición investigativa en Colombia y el mundo es abundante: existen múltiples modelos explicativos más o menos complejos y se ha planteado una amplia gama de acciones de intervención centradas en el consumidor, su familia, la comunidad y la cultura. No obstante, pocas de estas acciones cuentan con suficiente evidencia científica acerca de su efectividad y costos, especialmente aquellas que tienen un abordaje multinivel y multimétodo, pues hasta ahora no ha sido muy común adelantar pruebas piloto en estrategias de intervención en salud pública.

Este libro no pretende ser un manual técnico de aplicación del programa Pactos por la Vida; su objetivo es más bien presentar un análisis crítico de la efectividad del programa y de los alcances de su aplicación en distintos contextos, que sea útil a los encargados de definir la política pública de prevención del abuso en el consumo de alcohol basada en la evidencia, y a la vez les sirva a los autores de la propuesta como insumo para su potenciación.

El programa Pactos por la Vida, desarrollado a partir de la amplia experiencia y el profundo conocimiento del psicólogo investigador Dr. Luis Flórez Alarcón, del programa de Psicología de la Universidad Nacional de Colombia y de su equipo de trabajo, con el apoyo del Ministerio de Salud, ha sido aplicado con éxito en distintos municipios colombianos; sin embargo, es reducido el número de publicaciones científicas que permitan conocer a fondo la estrategia y, mucho menos, ofrezcan un

análisis externo y aplicado en un ejemplo para valorar la evidencia científica de su validez y efectividad, así como para analizar los alcances de tan importante experiencia. Por ello, en este libro es estudiado su contenido, aplicación y alcances a partir de un estudio liderado y financiado por la Facultad de Psicología de la Universidad Católica de Colombia, en alianza con la Alcaldía del municipio de Sibaté.

Es necesario aclarar por qué especialmente el proyecto Pactos por la Vida merece la atención de esta obra. La razón central del estudio acerca de la efectividad y eficacia de este programa en particular tiene que ver, por una parte, con el interés ya reconocido del grupo de investigación Enlace de la Facultad de Psicología de la Universidad Católica de Colombia por el diseño, la aplicación y la evaluación de acciones de prevención costo-efectivas del abuso en el consumo de alcohol y otras drogas. Otra razón para el desarrollo de esta publicación es el interés de facilitar la apropiación social del conocimiento producido desde la academia, a partir de su aplicación en distintos contextos, especialmente en aquellos donde el consumo de bebidas alcohólicas se ha naturalizado culturalmente.

En el capítulo I se presenta brevemente el panorama mundial, regional y local de consumo de alcohol y de los riesgos asociados al consumo abusivo de este. Además, se definen los principales patrones de consumo y los factores asociados.

En el capítulo II se hace un recorrido sobre la Política Nacional para la Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas y su Impacto, y se analizan las implicaciones esperadas tanto en el desarrollo de acciones preventivas como en el abordaje del problema específico del consumo nocivo de alcohol en el país. Asimismo, se enmarca el programa Pactos por la Vida dentro de la política nacional en mención y se presenta de forma preliminar el propósito del programa.

En el capítulo III se hace una delimitación conceptual acerca de la psicología preventiva basada en la evidencia; inicia con un breve recuento histórico de las prácticas basadas en la evidencia, los criterios formulados para la evaluación de las intervenciones, las limitaciones y barreras disciplinares, sociales y personales que han atrasado su incorporación a la práctica profesional, y la descripción de las características que identifican los programas de prevención efectivos o de alto impacto. Este capítulo se cierra con la descripción de los catorce aspectos considerados principales para lograr que la intervención sea oportuna y eficaz, así como con un análisis del cumplimiento de estos logros en el diseño y la implementación del programa Pactos por la Vida.

En el capítulo IV, los creadores del programa Pactos por la Vida presentan en detalle la propuesta, su filosofía, las bases teóricas, el sustento metodológico y las características del programa; los autores describen Pactos por la Vida como un programa de

corte motivacional que reconoce que el cambio de conductas en salud involucra un proceso conformado por etapas (multicomponente y multinivel).

El capítulo V presenta el análisis crítico realizado para responder al interrogante básico de si el programa podría ser considerado “basado en la evidencia”. Dicha reflexión se hace en el marco de los criterios de clasificación de los programas considerados costo-efectivos.

El capítulo VI presenta el problema de consumo de alcohol en el municipio de Sibaté como el marco que justificó la aplicación del programa Pactos por la Vida, para mitigar la situación y evaluar la efectividad y eficacia del programa.

Por último, el capítulo VII presenta la experiencia de aplicación del programa en el municipio de Sibaté: se detallan las fases de diagnóstico, aprestamiento, aplicación, y evaluación y seguimiento; se efectúa un análisis acerca de los beneficios y alcances de la aplicación de Pactos por la Vida en el municipio, y se presentan las conclusiones sobre dicha experiencia, así como una lista de recomendaciones para los autores del programa y para los agentes gubernamentales del municipio.

Esperamos que este libro le permita al lector comprender la importancia de contar con programas de salud pública basados en la evidencia, relevantes culturalmente, para que sea posible vislumbrar un mejor panorama de salud pública en el país.

Las editoras

1

CUANDO LA GENTE DECIDE BEBERSE LA VIDA: PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO DEL CONSUMO DE ALCOHOL Y FACTORES ASOCIADOS

Constanza Londoño Pérez*

Karen Liseth Cabarcas Acosta**

El consumo de alcohol es un hábito extendido en el mundo. En algunas culturas, este consumo está centrado en usos recreativos y como acompañante de las comidas; en ambos casos, no parece representar un problema sanitario. No obstante, en buena parte del mundo las personas consumen bebidas alcohólicas en un nivel que resulta riesgoso para la salud personal y de las comunidades. Las prácticas culturales centradas en el consumo hacen que las personas ingieran alcohol en busca de su efecto embriagante, sin que se tenga en cuenta que el exceso haga que pierdan el control sobre la bebida y experimenten efectos nocivos para la salud propia. De igual manera, ello afecta la seguridad del grupo social que rodea al consumidor (familia, amigos, peatones), pues se incrementan el comportamiento antisocial, la agresividad y la conducta irresponsable, traducidos en accidentes laborales y de tránsito, así como en la transmisión de enfermedades prevenibles relacionadas con el uso de esta sustancia. Todos estos hechos tienen un impacto negativo directo sobre el desarrollo social de los países (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2010a, 2014).

Cabe notar que los daños están relacionados proporcional y directamente con la cantidad de alcohol ingerido por ocasión y con la frecuencia con la que ocurre el consumo, es decir, dependen principalmente tanto del volumen consumido como del patrón de ingesta, más que de la calidad de la bebida; sin embargo, no se puede perder de vista que al menos el 24,8% de los bebedores ingieren bebidas fermentadas sin control de calidad en su procesamiento (OMS, 2014).

*Doctora en Psicología por la Universidad de la Laguna; investigadora del Doctorado en Psicología de la Universidad Católica de Colombia. Correo electrónico: clondono@ucatolica.edu.co

**Magister en Psicología por la Universidad Católica de Colombia; docente de la Especialización en Psicología Clínica de la Universidad Católica de Colombia. Correo electrónico: klcabarcas@ucatolica.edu.co

En el mundo anualmente mueren entre 2,5 y 3,3 millones de personas a causa de los efectos directos, indirectos, de corto y largo plazo del consumo abusivo de alcohol (OMS, 2010b, p. 14). Esta práctica es considerada el tercer factor de riesgo evitable (3,7% a 5,1%) que con más frecuencia se asocia a muerte prematura y discapacidad en el ámbito mundial, al igual que a enfermedades como trastornos neuropsiquiátricos y enfermedades no transmisibles, entre las que se cuentan problemas cardiovasculares, distintos tipos de cáncer, VIH/sida, tuberculosis y traumatismos intencionales y no intencionales —específicamente los provocados por accidentes de tránsito, violencia y suicidios—. A ello se suman los efectos nocivos sobre la madre y el bebé si el alcohol es consumido por mujeres embarazadas (Centros para el Control y Prevención de Enfermedades, 2013; Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2007; OMS, 2012, 2014).

En América Latina el panorama no es más alentador, ya que esta parte del continente supera en más del 40% las estadísticas mundiales de muertes asociadas al alcohol, de consumo abusivo, de trastornos debidos al uso y de carga de mortalidad; el 5,4% de muertes son atribuibles al consumo de alcohol, y en la Américas este pasa del tercer al primer factor de riesgo asociado a muertes por causas prevenibles y supera el nivel mundial en cerca del 40% (OPS, 2007, 2014).

Se considera que en las Américas se expresan los peores hábitos de consumo del mundo, debido a que buena parte de los bebedores son jóvenes, hay una alta carga de morbilidad y mortalidad asociadas al consumo, este comportamiento se concentra en fiestas y celebraciones, la frecuencia de consumo es elevada y la cantidad de bebidas diarias y por ocasión supera en mucho lo sugerido en los programas de moderación. Este panorama epidemiológico no incluye la ingesta de bebidas caseras, altamente frecuentes en este continente (OPS, 2014).

Los grupos más vulnerables al consumo respecto de la edad van desde los 15 hasta los 35 años, especialmente, con el agravante de que los bebedores jóvenes duplican el riesgo de mantener su conducta de consumo abusiva durante la edad adulta y la vejez (OMS, 2010a). En las Américas, el promedio de consumo entre los adultos es perjudicial, ya que en los jóvenes el consumo abusivo tiene un carácter más episódico y su inicio se da a cada vez menor edad (OPS, 2007). Para 2012, el 61,7% de la población mundial mayor de 15 años había tomado alguna bebida alcohólica, especialmente entre los hombres, y en los jóvenes cerca del 16% presentaba alto consumo episódico (OMS, 2014).

En Colombia, para 2009 el 35% de los consumidores, o el 12% de la población general, presentaba un consumo riesgoso o perjudicial de alcohol, con una proporción por género de 3 a 1. Los jóvenes entre los 18 y 24 años de edad eran la población con mayor proporción de consumo de riesgo o perjudicial, seguidos por el grupo de 25 a 34 años, y en último lugar se encontraban las personas entre 35 y 44 años (Ministerio del Interior y de Justicia, Ministerio de la Protección Social y Dirección Nacional de Estupefacientes, 2009).

Asimismo, los hombres son quienes tienen mayor riesgo de consumir alcohol de forma abusiva; aunque las mujeres lo hacen con cada vez mayor frecuencia e intensidad, son ellos los que experimentan mayor cantidad de consecuencias negativas sociales y de salud asociadas al consumo (OMS, 2012). En Colombia se mantiene esta tendencia: hay mayor consumo en hombres que en mujeres, como se sustenta en los resultados estadísticos, que muestran que para 2009 el 90% de los hombres y el 82% de las mujeres había consumido alcohol alguna vez en la vida, y la prevalencia de consumo en el último año fue de 72% y 52%, respectivamente, mientras que para el último mes de 2009 fue de 46% y 52%, diferencias que en todos los casos fueron significativas (Ministerio del Interior y de Justicia, Ministerio de la Protección Social y Dirección Nacional de Estupefacientes, 2009).

Pero, ¿a qué tipo de bebedores se hace referencia cuando se habla de *consumo abusivo*? El *bebedor abusivo* es aquel que, por su forma, intensidad y frecuencia de consumo, ha tenido consecuencias negativas tanto en el plano sanitario como social; ello implica consecuencias para sí mismo, el grupo de personas que lo rodea y la sociedad en general (OMS, 2010b, 2014). De este modo, el bebedor no solo se hace daño a sí mismo, sino que además afecta el desarrollo e intercambio de los miembros de su familia, de las personas con quienes interactúa en los ambientes escolares y laborales, de la comunidad a la que pertenece, a la vez que se ve afectada la productividad local y regional. En las Américas predomina el consumo abusivo que potencia el riesgo de muerte prematura en los hombres e incrementa riesgo de morbilidad entre las mujeres (OPS, 2014).

También existe el *consumo episódico excesivo*, que implica la ingesta de cinco o más tragos estándar por evento en hombres y cuatro o más en mujeres. Un trago estándar se entiende como cualquier sustancia de contenido alcohólico igual o superior a 10 gr de alcohol puro (OPS, 2007, 2008) por cada uno ingerido en un tiempo menor a 2 horas, y se asocia a problemas de salud y de relación interpersonal (OPS, 2007); es un consumo particularmente elevado entre los jóvenes (OMS, 2014). Por su parte, un *consumidor moderado* es aquel que, por su forma de beber, no ha experimentado efectos nocivos del alcohol y mantiene su consumo tanto en frecuencia como en intensidad en un nivel no riesgoso.

Es importante señalar que la concentración de alcohol en las bebidas no es estándar y cada país maneja sus propias medidas; sin embargo, hay consenso sobre que una concentración de entre 40 y 60 gr diarios se asocia con mayores efectos físicos y psicológicos, especialmente por la mayor probabilidad de ocurrencia de conductas relacionadas con violencia, embarazos no deseados, conducta sexual de riesgo y sus consecuencias (OPS, 2007).

En los informes de la OPS (2014) se hace referencia a *bebedores actuales*, *antiguos bebedores* y *abstemios*. En el primer caso se habla de las personas que reportan consumo

actual; en el segundo, de las personas que no han consumido unidades de alcohol en los últimos 12 meses, y en el último, de las personas que no han ingerido alcohol en su vida. En 2014, tanto en América como Colombia más de 50% de personas eran bebedores actuales, aproximadamente el 22% eran antiguos bebedores y cerca del 25% de adultos eran abstemios. Asimismo, el 12% de la población presenta consumo episódico intenso, que hace referencia a alta intensidad en cantidad de unidades bebidas en una ocasión, que supera las 5 unidades. Los adolescentes escolarizados son quienes reportan más situaciones de consumo episódico intenso.

El riesgo asociado al consumo se calcula teniendo en cuenta 6 aspectos principales, y se califica el bajo riesgo con un puntaje de 1 y 5 en el riesgo más alto en la escala de Rehm *et al.* (2010). Los aspectos son:

- 1) Cantidad media de alcohol consumida por ocasión.
- 2) Prevalencia de consumo en fiestas y celebraciones.
- 3) Proporción de sucesos relacionados con el consumo (muertes, riñas, destrozos, lesiones, maltrato, delitos).
- 4) Proporción de consumidores que beben a diario o casi a diario.
- 5) Proporción de ocasiones de consumo durante las comidas.
- 6) Proporción de ocasiones de consumo en lugares públicos.

En América Latina, la región andina es la que tienen mayor riesgo de consumo, y allí se encuentra ubicada Colombia. Ello indica que en el país hay alta prevalencia de consumo de alcohol en fiestas y celebraciones, así como consumo riesgoso en situaciones desligadas de la ingesta de alimentos (OPS, 2014).

Patrones de consumo

La mayoría de veces el consumo tiene un carácter social (OMS, 2015), pues en gran parte de los países del mundo ocurre en ambientes en los que los grupos sociales departen en torno a la bebida, ya que comparten un grupo de creencias y expectativas positivas en torno al consumo que son favorecedoras tanto de la ingesta frecuente como desmedida (Londoño y Valencia, 2010; Londoño, Forero, Laverde y Mosquera, 2012). La bebida más consumida en los países de América, en general, y en Colombia, en particular, es la cerveza, aunque en algunos países es el vino y en otros son los licores. En el último tiempo ha surgido entre los jóvenes el consumo episódico excesivo, que ocurre principalmente en los fines de semana, cuando se consumen grandes cantidades de alcohol durante un tiempo limitado, que regularmente no sobrepasa las dos horas (Parada *et al.*, 2011a, 2011b).

Factores asociados al consumo de alcohol

Desde una mirada psicosocial del consumo, se considera que múltiples factores ambientales, culturales, sociales y familiares y varias condiciones personales específicas son predictores del consumo abusivo de alcohol en la población en general, aunque algunos de ellos se expresan de manera crítica durante la adolescencia como predisponentes y, a la vez, como mantenedores (Becoña y Cortés, 2011; Londoño y Vinaccia, 2005; Londoño, Forero, Laverde y Mosquera, 2012).

Factores ambientales relacionados con el consumo

En este aspecto se encuentra la alta disponibilidad y accesibilidad a las bebidas alcohólicas, debido no solo al hecho de que es una sustancia psicoactiva legal y a que su venta está extendida a todo tipo de establecimientos comerciales a todas horas del día y a un bajo precio, sino que además los controles de la venta a menores no son ejercidos de forma sistemática. También está la institucionalización del consumo, debido a que se financian servicios de salud, deporte y educación con los ingresos provenientes de la industria productora de alcohol; además, se presentan de forma continua anuncios publicitarios y comerciales promotores del consumo (Espada, Méndez, Griffin y Botvin, 2003; Wills *et al.*, 2009) y las políticas de prevención no son siempre efectivas y duraderas (Becoña y Cortés, 2011).

También se sabe que el mayor desarrollo cultural y económico de un país es un predictor de mayor consumo en su población (OMS, 2014). Se ha registrado que en el mundo son los países desarrollados y con mayor disponibilidad de recursos los que más aportan a las cifras de mortalidad asociada al consumo abusivo de alcohol; pero se considera que son las personas con acceso limitado a recursos económicos las que son más vulnerables a presentar consecuencias negativas relacionadas con su forma de beber, probablemente porque no cuentan con el dinero para evitar los efectos adversos del consumo, tienen menor soporte social, beben con menor frecuencia pero con mayor intensidad por ocasión (Courtney y Polich, 2009; OPS, 2014) e ingieren bebidas con mayores concentraciones alcohólicas; todo bajo la influencia del grupo social inmediato (Jan y Siedler, 2015).

En Colombia, por ejemplo, para 2009 la proporción de personas con consumo de riesgo o perjudicial en el último mes era mayor para los estratos 2 y 1 (39% y 44%, respectivamente), aunque eran los estratos 5 y 6 los que presentaban la mayor prevalencia de consumo en la vida, y el estrato 1 la menor (Ministerio del Interior y de Justicia, Ministerio de la Protección Social y Dirección Nacional de Estupefacientes, 2009).

De igual manera, la exposición de las personas a ambientes escolares y laborales negativos con problemas de clima organizacional provoca baja satisfacción y reduce la

productividad, porque las personas se ausentan de su lugar de estudio o trabajo para evitar este ambiente (Castaño-Pérez, García del Castillo y Marzo-Campos, 2014).

Factores culturales relacionados con el consumo

Aquí se encuentra la estrecha relación establecida entre consumo, ocio, diversión, relajación e intercambio social; esta relación es sostenida por un sistema de creencias positivas en torno a los efectos deseables del consumo de alcohol, las cuales han sido transmitidas entre generaciones hasta un punto tal que no se conciben celebraciones, fiestas o manejo de situaciones difíciles sin el uso de bebidas alcohólicas (Espada *et al.*, 2003; Valencia *et al.*, 2009). Los motivos de consumo son diversos: compartir, divertirse, relajarse, incrementar la agresividad y la hombría (Londoño *et al.*, 2009); la mayoría de estos están centrados en alcanzar el reconocimiento y la aceptación del grupo social (Londoño y Valencia, 2008), y han sido clasificados como motivos sociales, de incremento de habilidad, de relajación y de afrontamiento. Todos ellos están asociados a mayor consumo de unidades por ocasión (Diep *et al.*, 2016).

Factores sociales y familiares relacionados con el consumo

Los antecedentes familiares de consumo impactan de forma distal a las personas, a través de la expresión de una genética favorecedora del consumo, y de forma inmediata a partir de la exposición a modelos de consumo abusivo que fomentan creencias, valores y hábitos positivos relacionados con los efectos y usos de la sustancia, al destacar la importancia de beber y las prácticas de consumo aceptables (Alfonso, Huedo-Medina y Espada, 2009; OMS, 2014). También se ha visto que la falta de comunicación entre los miembros de la familia y la existencia de un clima familiar conflictivo son facilitadores del consumo, especialmente cuando se combinan con maltrato (Becona *et al.*, 2012; Espada *et al.*, 2003; Rhodes, Bernays y Houmoller, 2010; Schafer, 2011) y uso de drogas parental (McDonagh y Reddy, 2015).

Asimismo, la influencia del grupo de amigos y de los pares ha sido vista como un factor de riesgo importante para el consumo, y esto no es exclusivo de los adolescentes, pues las personas mayores también buscan identificarse con su grupo escolar y laboral de homólogos, por cuanto con ellos comparten la mayor parte del tiempo (Alfonso, Huedo-Medina y Espada, 2009; Previte, Fry, Drennan y Hasan, 2015). Por ello, son susceptibles a ceder ante la presión directa e indirecta en torno al consumo de alcohol ejercida por los pares (Andrade, Yepes y Sabogal, 2013; Londoño y Valencia, 2008, 2010); o sencillamente, las creencias acerca de la importancia de beber en distintos momentos y ambientes relacionados con intercambio social y diversión hacen que no quieran resistir la invitación a beber que le hace su grupo de referencia (Londoño, Valencia, Sánchez y León, 2007).

Condiciones personales relacionadas con el consumo

Han sido asociados al consumo fuerte o abusivo de alcohol, sin importar la edad, la falta de información, la baja percepción de riesgo y vulnerabilidad de abusar de la sustancia, el concepto de autonomía personal asociado a la idea de libertad de consumo, las actitudes favorables hacia el consumo, las expectativas positivas acerca de los efectos, la dificultad para solucionar problemas y tomar decisiones (Foster *et al.*, 2014), los estilos de afrontamiento evitativos, la baja autoestima y la baja autoeficacia del control del consumo (Stevens *et al.*, 2016).

Asimismo, el pobre control emocional, la inconformidad con las normas sociales, la falta de habilidades sociales, la incapacidad de resistir la presión de grupo (Londoño y Valencia, 2009), la baja tolerancia a la frustración y tener un tipo de personalidad antisocial, dependiente o buscadora de sensaciones (Castaño-Pérez *et al.*, 2014; Ravert *et al.*, 2009), la ansiedad social (Jiménez-López y Jurado, 2014), la impulsividad (Caña, Michelini, Acuña y Godoy, 2015) o tener elevada extraversión y neuroticismo (Recalde y Natividade, 2011).

Tener creencias favorables acerca del consumo también es un condición personal que lo impulsa; en este sentido, se resalta un número importante de beneficios percibidos (Morean, Corbin y Treat, 2015; Londoño *et al.*, 2012), las barreras sociales concebidas para dejar de consumir, la falta de percepción de riesgo y vulnerabilidad, y la alta tentación asociada a una serie de estímulos sociales que desencadenan el consumo (día de la semana, tipo de música, actividad y reuniones) (Valencia *et al.*, 2009). También se ha planteado que la construcción de la identidad a través del consumo está estrechamente asociada a la decisión de continuar bebiendo en un nivel riesgoso y a la alta percepción de barreras para dejar de hacerlo (Foster *et al.*, 2014).

De igual manera, el género es considerado un factor de riesgo del consumo abusivo, pues los hombres tienden a consumir con mayor frecuencia y cantidad, y las mujeres experimentan con mayor fuerza los efectos nocivos del alcohol, debido a que alcanzan concentraciones sanguíneas de alcohol altas más rápido que los hombres. También es importante notar que el consumo abusivo en mujeres ha aumentado probablemente debido al cambio de los roles asociados al género (Wilsnack, Wilsnack y Kantor, 2013).

Por otra parte, el inicio temprano del consumo de alcohol se ha asociado a la permanencia de consumo a lo largo de la vida, al desarrollo de dependencia del consumo y a la aparición de problemas de salud mental durante la edad adulta, especialmente entre los 18 y los 24 años. Al respecto se debe poner de manifiesto que la práctica cultural de dar a probar bebidas alcohólicas a los niños incrementa el inicio temprano y la escalada de consumo durante la juventud (Castaño-Pérez *et al.*, 2014).

Conclusión

Desde este panorama, en el que parece que la gente *decide beberse la vida*, y ante la resistencia total y permanente por motivos culturales y económicos de llegar a la abstinencia, es necesario desarrollar acciones específicas para la población colombiana, dirigidas a la moderación del consumo, que resulten efectivas y que puedan ser implementadas en el sistema de salud del país, para que no solo se logre la reducción del consumo y de su impacto negativo en el desarrollo social, sino que además se dé cobertura real a todas las personas que se encuentren en riesgo o que ya tengan un patrón permanente o episódico de consumo abusivo.

Referencias

- Alfonso, J., Huedo-Medina, T. y Espada, J. (2009). Factores de riesgo predictores del patrón de consumo de drogas durante la adolescencia. *Anales de Psicología*, 25(2), 330-338.
- Andrade, J., Yepes, A. y Sabogal, M. (2013). Resistencia a la presión de grupo y consumo de alcohol en 50 jóvenes universitarios entre los 16 y los 22 años de la Universidad San Buenaventura de Ibagué. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, 4(1), 11-22
- Becoña, E. y Cortés, M. (Coord.) (2011). *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*. Barcelona: Socidrogalcohol.
- Becoña, E., Martínez, U., Calafat, A., Juan, M., Duch, M. y Fernández-Hermida, R. J. (2012). How Does Family Organisation Influence Children's Drug Use? A Review. *Adicciones*, 24(3), 253-268.
- Caña, M., Michelini, Y., Acuña, I. y Godoy, J. C. (2015). Efectos de la impulsividad y el consumo de alcohol sobre la toma de decisiones en los adolescentes. *Health and Addictions*, 15(1), 55-66.
- Castaño-Pérez, G., García del Castillo, J. y Marzo-Campos, J. (2014). Factores predictores en la edad de inicio del consumo de alcohol. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 32. Recuperado de <http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/fnsp/article/view/19886>
- Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (2013). Global school-based student health survey (GSHS). Recuperado de <http://www.cdc.gov/gshs/>
- Courtney, K. y Polich, J. (2009). Binge drinking in young adults: data, definitions, and determinants. *Psychological Bulletin*, 135(1), 142-156.
- Diep, P., Kuntsche, E., Scelleman-Offerman, K., De Vries, N. y Knibbe, R. (2016). Direct and indirect effects of alcohol expectancies through drinking motives on alcohol outcomes students in Vietnam. *Addictive Behaviors*, 52, 115-122. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.addbeh.2015.09.009>
- Espada, J.P., Méndez, X., Griffin, K. y Botvin, G. (2003). Adolescencia: consumo de alcohol y otras drogas. *Papeles del Psicólogo*, 84. Recuperado de <http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=1051>

- Foster, D., Young, Ch., Bryan, J., Steers, M., Yeung, N. y Prokhorov, A. (2014). Interactions among drinking identity, gender and decision in predicting alcohol use and problems among college students. *Drugs and Alcohol Dependence*, 143, 108-205. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2014.07.024>
- Jan, M. y Siedler, Th. (2015). Reducing binge drinking? The effect of a ban on late-night off-premise alcohol sales on alcohol-related hospital stays in Germany. *DIW Berlin Discussion Paper*, 1443. Recuperado de https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2553193
- Jiménez-López, L. y Jurado, S. (2014). Ansiedad social consumo riesgoso de alcohol en adolescentes mexicanos. *Journal Behavior, Health & Social Issues*, 6(1) 37-50. Doi: 10.5460/jbhsi.v6.1.47601
- Londoño, C., Forero, P., Laverde, M. y Mosquera, A. (2012). Construcción de un modelo cognitivo social integrado por etapas para la prevención del abuso en el consumo de alcohol. *Psicología y Salud*, 22(2), 235-245.
- Londoño, C. y Valencia, C. (2008). Asertividad, resistencia a la presión de grupo y consumo de alcohol en universitarios. *Acta Colombiana de Psicología*, 11(1), 155-162.
- Londoño, C. y Valencia, C. (2010). Resistencia de la presión de grupo, creencias acerca del consumo y consumo de alcohol en universitarios. *Anales de Psicología*, 26(1), 27-33.
- Londoño, C., Valencia, S. C., Hernández, V. y León, L. (2007). Diseño del Cuestionario de Resistencia a la Presión de Grupo en el consumo de alcohol. *Suma Psicológica*, 14(2), 251-270.
- Londoño, C. y Vinaccia, S. (2005). Prevención del abuso en el consume de alcohol en jóvenes universitarios: lineamientos en el diseño de programas costo-efectivos. *Psicología y Salud*, 15(2), 241-249. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/291/29115208.pdf>
- McDonagh, D. y Reddy, J. (2015). *Drug & Alcohol family support needs analysis report*. Recuperado de <http://www.drugs.ie/resourcesfiles/ResearchDocs/Ireland/2015/WRDTFFamilySupportNeedsAnalysisReport.pdf>
- Ministerio del Interior y de Justicia, Ministerio de la Protección Social y Dirección Nacional de Estupefacientes (2009). *Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia 2008: Informe Final*. Bogotá: Autor.
- Morean, M., Corbin, W. y Treat, T. (2015). Evaluating the accuracy of alcohol expectancies relative to subjective response to alcohol. *Addictive Behaviors*, 51, 197-203. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.addbeh.2015.07.027>
- Valencia, C., Londoño, C., Amézquita, M., Cortés, Guerra, M. y Hurtado, A. (2009). Diseño del cuestionario de creencias referidas al consumo de alcohol para jóvenes universitarios. *Diversitas*, 5(2), 337-347.
- Organización Mundial de la Salud (2010a). 63.^a *Asamblea Mundial de Salud*. Ginebra: Autor. Recuperado de http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA63-REC1/A63_REC1-sp.pdf
- Organización Mundial de la Salud (2010b). Estrategia mundial para reducir el uso abusivo de alcohol. Recuperado de http://www.who.int/substance_abuse/activities/msbabcstrategies.pdf
- Organización Mundial de la Salud (2012). Global Information System on Alcohol and Health. Ginebra: Autor. Recuperado de <http://apps.who.int/gho/data/view.main?showonly=GISAH>
- Organización Mundial de la Salud (2014). Global status report on alcohol and health. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112736/1/9789240692763_eng.pdf?ua=1

- Organización Mundial de la Salud (2015). Consumo de bebidas alcohólicas. Recuperado de http://www.who.int/topics/alcohol_drinking/es/
- Organización Panamericana de la Salud (2007). Alcohol y salud pública en la américas. Recuperado de http://www.who.int/substance_abuse/publications/alcohol_public_health_americas_spanish.pdf
- Organización Panamericana de la Salud (2014). Prevención de los traumatismos relacionados con el alcohol en las Américas: de los datos probatorios a la acción política. Recuperado de http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=270&gid=28233&lang=es
- Parada, M., Corral, M., Caamaño-Isorna, F., Mota, N., Crego, A., Rodríguez Holguín, S. y Cadaveira, F. (2011a). Definition of adolescent binge drinking. *Adicciones*, 23, 53-63. Doi:10.1016/j.alcohol.2011.10.002
- Parada, M., Corral, M., Mota, N., Crego, A., Rodríguez, S. y Cadaveira, F. (2011b). Executive functioning and alcohol binge drinking in university students. *Addictive Behaviors*, 37(2), 167-172. Doi:10.1016/j.addbeh.2011.09.015
- Previte, J., Fry, M., Drennan, J. y Hasan, S. (2015). Friends or foes: Group influence effects on moderation drinking behaviors. *Journal of Business Research*, 68, 2146-2154. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jbusres.2015.03.014>
- Ravert, R., Schwartz, S., Zamboanga, B., Kim, S., Weisskirch, R. y Bersamin, M. (2009). Sensation seeking and danger invulnerability. *Personality and Individual Differences*, 47, 763-769. Doi: 10.1016/j.paid.2009.06.017
- Recalde, A. y Natividade, J. (2011). *Factores de personalidad como predictores del consumo de alcohol entre estudiantes universitarios*. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires. Recuperado de <http://www.aacademica.org/000-052/337.pdf>
- Rehm, J. (2010). The relation between different dimensions of alcohol consumption and burden of disease: an overview. *Addiction*, 105(5), 817-843.
- Rhodes, T., Bernays, S. y Houmoller, K. (2010). Parents who use drugs: Accounting for damage and its limitations. *Social Science and Medicine*, 71, 1489-1497
- Schafer, G. (2011). Family functioning in families with alcohol and other drug addiction. *Social Policy Journal of New Zealand*, 37.
- Stevens, A., Littlefield, A., Blanchard, B., Talley, A. y Brown, J. (2016). Does drinking refusal self-efficacy mediate the impulsivity-problematic alcohol use relation? *Addictive Behaviors*, 53, 181-186. Doi: 10.1016/j.addbeh.2015.10.019
- Wills, T., Sargent, J., Gibbons, F., Gerrard, M. y Stoolmiller, M. (2009). Movie exposure to alcohol cues and adolescents alcohol problems: A longitudinal analysis in a national sample. *Psychology and Addictive Behaviors*, 23(1), 23-35. Doi: 10.1037/a0014137
- Wilsnack, S., Wilsnack, R. y Kantor L. (2013). Focus on: Women and the costs of alcohol use. *Alcohol Research: Current Reviews*, 35(2), 219-228.

2

LA POLÍTICA NACIONAL PARA REDUCCIÓN DE CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS Y SU IMPACTO: IMPLICACIONES EN LA PREVENCIÓN Y ANÁLISIS DEL CASO DEL ALCOHOL

Angélica María Claro Gálvez*

Helena Vélez Botero**

Actualmente estamos en un momento en el que se discute abiertamente sobre la efectividad de la llamada “lucha contra las drogas” y en el que la atención a la problemática asociada a las sustancias psicoactivas (SPA) empieza a volcarse sobre el impacto que tiene el consumo en la salud pública; de este modo, se ha empezado a conceder más notoriedad a las políticas sobre la reducción de la demanda que a las de reducción de la oferta.

Con este panorama se hacen pertinentes análisis sobre los fundamentos, los supuestos y las motivaciones que sostienen dichas políticas, y se da paso a múltiples disertaciones académicas que podrían contribuir a la discusión. En este sentido, desde el campo de conocimiento de la salud pública podrían hacerse numerosos y variados aportes que llamen la atención sobre, por ejemplo, cómo se entiende en las políticas de drogas el enfoque de salud pública y cómo esto contrasta con diferentes nociones de salud y de población. Al respecto, podría revisarse la forma como la Organización de los Estados Americanos (OEA, 2006), la Comisión Asesora de Políticas de Drogas en Colombia (2013) o Medina-Mora, Real, Villatoro y Natera (2013) hacen defensa de dicho enfoque.

Lo anterior podría nutrirse de un análisis histórico o una revisión de las rupturas de paradigmas que se han dado para llegar a las nuevas propuestas, lo que podría llevar a abordar cómo el consumo de SPA ha empezado a entrar en la categoría de *enfermedad*,

*Especialista en Psicología Médica y de la Salud por la Universidad El Bosque; estudiante del Doctorado en Salud Pública de la Universidad Nacional de Colombia. Forma parte del grupo de investigación Estilo de Vida y Desarrollo Humano, adscrito a la Facultad de Ciencias Humanas de la Universidad Nacional de Colombia. Correo electrónico: amclarog@unal.edu.co

**Magister en Psicología por la Universidad Nacional de Colombia; coordinadora del grupo de investigación Estilo de Vida y Desarrollo Humano, adscrito a la Facultad de Ciencias Humanas de la Universidad Nacional de Colombia. Correo electrónico: hjvelezb@unal.edu.co

la forma como se entiende esta última para que esto esté sucediendo y una visión crítica de las implicaciones, pues no es lo mismo afirmar que todo consumo es una enfermedad a decir que la dependencia es una enfermedad.

A pesar de las múltiples opciones, a la fecha los aportes a la discusión se han centrado más en temas como la despenalización y la legalización, por lo que la atención ha girado alrededor de las SPA ilegales y de las razones por las cuales lo siguen siendo. Prima allí una perspectiva sociopolítica y una discusión que, desde la salud pública, está atenta a que los efectos del control policivo no superen los que genera el consumo mismo de las sustancias (OEA, 2006).

Para el caso de este escrito se plantea un análisis del contexto colombiano en esta materia, de la que no se encuentran antecedentes en la literatura. La propuesta se centra en la revisión de las bases teóricas de la *Política Nacional para la Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas y su Impacto* (PNRCSPA) (Ministerio de Salud y Protección Social [MSPS], 2013), a partir de una reflexión sobre cómo dos de los tres enfoques en los que se fundamenta dan directrices inconsistentes para la implementación de acciones preventivas, lo cual genera problemas para la construcción del plan de acción nacional y de los planes de acción territoriales en el país.

De igual forma, se escoge el alcohol para ilustrar algunas de dichas inconsistencias, lo cual se decide no solo por cuanto es la sustancia más consumida, sino también porque es la que mayor interés ha suscitado por su impacto en la salud pública de América Latina (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2013, 2006; Cherpitel *et al.*, 2013; Monteiro, 2013; Babor *et al.*, 2012; Babor, 2010; Gawryszewski y Monteiro, 2007; Kohn, 2005) y respecto a la cual existen consideraciones particulares que no se han tenido en cuenta en la política nacional.

A partir de ambos intereses, el texto se organiza presentando la PNRCSPA en dos secciones. En la primera se hace una descripción general de la política y se expone uno de sus enfoques teóricos a la luz de los problemas que genera, como base para establecer lineamientos de prevención. En la segunda sección se hace un análisis del caso del alcohol, teniendo en cuenta algunas de las diferenciaciones que esta sustancia requiere y cómo la ausencia de estas dificulta materializar la finalidad y los objetivos de la política para su caso. Finalmente, se hace una exposición de la propuesta preventiva de Pactos por la Vida (PpV), que es acogida por el Gobierno Nacional como una respuesta al consumo problemático de alcohol y la forma como este se ajusta a las dificultades que aquí se evidenciarán sobre la política.

Política Nacional para la Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas y su Impacto (PNRCSPA): implicaciones en la prevención

La política plantea un objetivo general, definido como el ofrecimiento de una respuesta integrada, participativa, corresponsable, efectiva y eficaz frente al consumo de SPA y su impacto, así como tres objetivos estratégicos a los que se busca responder a partir de líneas de acción integradas por ejes operativos, componentes y estrategias, los cuales se resumen en el tabla 1.

Tabla 1. Objetivos estratégicos y líneas de acción de la PNRCSPA

Objetivo estratégico	Líneas de acción	
	Eje operativo	Componentes
Se interviene sobre un mayor número de condiciones y factores macrosociales, microsociales y personales que incrementan la vulnerabilidad al consumo de SPA.	Prevención	Promoción de la salud: incluye prevención (universal y primaria), educación para la salud y protección de la salud Inclusión social
	Construir capacidad de respuesta	
Se cuenta con medios para que personas, hogares y comunidades encuentren respuestas oportunas e integrales a sus necesidades frente al consumo de SPA.	Mitigación	Promoción de la salud: incluye prevención (secundaria, terciaria e indicada), educación para la salud y protección de la salud Atención y asistencia Inclusión social
	Superación	Atención y asistencia Inclusión social
	Construir capacidad de respuesta	
Se cuenta con capacidad de integración, así como con capacidad de respuesta técnica, institucional y financiera ante las demandas del consumo de SPA.	Construir capacidad de respuesta	- Capacidad técnica - Capacidad institucional - Capacidad financiera - Capacidad de integración

Fuente: MPS (2013).

Su fundamento teórico se enmarca en tres enfoques: el manejo social del riesgo (MSR), la reducción de la demanda y la promoción de la salud. Aquí se dará atención al último, debido a la relevancia que tiene en los lineamientos de prevención, que son de interés en cuanto a la contextualización del programa PpV.

Enfoque de promoción de la salud y sus subcomponentes en los ejes de prevención y mitigación

En la PNRCSPA se hace mención a la promoción de la salud como un enfoque teórico de la política y como un componente del eje de prevención y mitigación. Al presentarla, se pone dentro de las referencias la Carta de Ottawa y la definición holística de la salud de la OMS. Esta política conceptúa que se promueve la salud cuando se “desarrolla en las personas la capacidad de ejercer el control e influir en su propia salud y en su calidad de vida” (MPS, 2013, p. 19).

Con este marco conceptual, resulta sorprendente que dentro de la misma política se diga que uno de los subcomponentes de la promoción de la salud sea la prevención, lo cual contrasta ampliamente con el esfuerzo que se ha hecho por diferenciar lo que se persigue con estos dos enfoques (Restrepo y Málaga, 2001). No obstante, siendo justos, este suceso dentro la PNRCSPA no es más que la materialización de las inconsistencias teóricas que han surgido desde la promulgación de la Carta de Ottawa y que no han estado exentas de repercusiones prácticas en las acciones de salud pública, tal como lo observa Eslava (2002) en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia.

Por otro lado, dos subcomponentes de la promoción de la salud en la PNRCSPA son la *protección de la salud* y la *educación para la salud*; este último se trabaja desde los niveles macrosocial, microsocial y personal. Llama la atención que en el área personal solo se haga referencia a las redes de apoyo, la orientación, la difusión y acción social, la asistencia y la reorientación de la atención, excluyendo la mención de los estilos de vida; por ello, parece pasarse al extremo opuesto del énfasis individualista que se le ha atribuido a la educación para la salud y abandonarlo por completo. Además, no es claro qué se entiende por *educación para la salud*, pues si bien Flórez (2007) señala que ha sido un error confundirla con la *promoción de la salud*, en este caso ni siquiera se igualan, sino que se asume que esta última abarca la primera, cuando desde modelos como Precede-Procede tiene sentido justo lo contrario.

Finalmente, retomando el subcomponente de prevención, resulta contradictorio acoger la definición de los niveles de prevención primaria, secundaria y terciaria, al mismo tiempo que los de universal, selectiva e indicada, ya que estos últimos se planearon como una superación de la primera categorización (Becoña, 2002) y resultan más apropiados para abordar la problemática asociada a las drogas y, concretamente, al alcohol.

En la primera clasificación, los tres niveles de prevención hacen referencia a estadios de intervención en función del desarrollo de la enfermedad, la cual, en principio,

era entendida desde un punto de vista biológico y mecanicista donde era fácilmente identificable su origen, como en el caso de las infecciones o las lesiones (Gordon, 1983). A pesar de que esta concepción patogénica de la enfermedad es difícilmente extrapolable a lo que se busca prevenir en el campo de las drogas, esta clasificación se adaptó, al proponer que las acciones en los niveles de prevención estuvieran en función de las etapas del consumo.

Así, la prevención primaria tiene como fin actuar antes de que inicie el consumo; la secundaria, actuar cuando el consumo ya ha iniciado, pero todavía no ha generado daño, y la terciaria, actuar cuando ya hay un consumo problemático y es necesario el tratamiento y la rehabilitación por la dependencia. No obstante, esta clasificación es todavía difícilmente aplicable para la prevención del consumo nocivo de alcohol.

Por su parte, la clasificación de Gordon (1983) propone niveles de prevención que no están en función del progreso de la enfermedad, sino de la población a la que van dirigidos. También asume que la prevención se basa en acciones dirigidas a personas que no tienen malestar o discapacidad, debido a la enfermedad o condición que se busca prevenir, por lo que no incluye el tratamiento o la rehabilitación.

Se encuentra, entonces, que la prevención universal es aquella dirigida a todas las personas; la prevención selectiva está dirigida a un subgrupo de la población que, por sus características o condiciones, presenta más riesgo que el promedio, y la prevención indicada se dirige exclusivamente a aquellas personas que, al ser examinadas, presentan un mayor riesgo individual.

Dado que la PNRCSA utiliza dichas categorías, se esperaría que el país tuviese en cuenta sus estudios sobre el riesgo frente al consumo de las diferentes sustancias como guía para proponer acciones en cada uno de estos niveles de prevención; sin embargo, lo que se observa es que esto no es claro dentro de la propuesta y además resulta confuso en función de lo que la política propone como metas.

Finalmente, como se verá en el siguiente apartado, en el caso de alcohol la situación es más complicada, porque además no es coherente lo que se menciona como finalidad de la política con lo que se establece como meta en los ejes operativos.

Política Nacional para la Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas y su Impacto (PNRCSA): análisis del caso particular del alcohol

Actualmente, el alcohol es reconocido como una sustancia psicoactiva (SPA) con un efecto depresor sobre el sistema nervioso central; su consumo es legal en Colombia para mayores de 18 años (Congreso de la República de Colombia, 1994).

Además, su consumo es el más extendido en el mundo, lo cual también es cierto para el caso específico de nuestro país, de acuerdo con lo encontrado en estudios con población general (Ministerio de la Protección Social [MPS] y Dirección Nacional de Estupefacentes [DNE], 2009), población universitaria (Comunidad Andina de Naciones [CAN], 2012) y población escolarizada (Gobierno Nacional de la República de Colombia, 2011). Sin embargo, más allá de las cifras, la anterior realidad es motivo de atención porque el consumo excesivo se encuentra dentro de los diez principales riesgos a la salud, debido a su asociación con la carga de enfermedad mundial (OMS, 2002); dado su impacto en la salud pública, se pone dentro de las prioridades de investigación e implementación de acciones de prevención y tratamiento.

A diferencia del tabaco y de las drogas ilegales para la población general, el alcohol es la única sustancia de la que actualmente se acepta una noción de consumo de bajo riesgo para mayores de edad y mujeres no embarazadas o en lactancia, caracterizado tanto por un límite en la cantidad y frecuencia del uso como por su ingesta en condiciones personales y contextuales en las que no implica un daño conocido hasta la fecha. Esta particularidad debería marcar una distinción importante con respecto a las acciones de prevención que se proponen para otras drogas, puesto que se acepta que hay un tipo de consumo que no es necesario evitar; por ello, se entiende que el interés radica en prevenir el consumo *nocivo* de la sustancia, y no el *consumo per se* en la totalidad de la población. Como se verá a continuación, esta diferencia no es clara en el país y tampoco se refleja en la política.

Prevención del consumo de alcohol versus prevención del consumo nocivo de alcohol

La OMS (2010) define *consumo nocivo* de este modo:

Una noción amplia que abarca el consumo de alcohol que provoca efectos sanitarios y sociales perjudiciales para el bebedor, para quienes lo rodean y para la sociedad en general, así como las pautas de consumo de alcohol asociadas a un mayor riesgo de resultados sanitarios perjudiciales.

Normalmente, los patrones inadecuados se delimitan por una cantidad máxima por ocasión y una frecuencia particular, y aunque los límites establecidos no han estado exentos de discusión (Jackson, 2008), generalmente se acepta que se incurre en un consumo de riesgo cuando se toman cinco o más tragos por ocasión (OMS, 2000). Esto es más específico cuando se hacen aclaraciones con respecto a la cantidad de alcohol puro de un trago, la duración de esa ocasión de consumo y la frecuencia de uso en un periodo establecido, como, por ejemplo, tener una ocasión de consumo de cinco o más tragos al menos una vez a la semana.

En este momento Colombia está en deuda de establecer qué se entiende por *patrón de consumo perjudicial*, pues a pesar de que en el Decreto 120 de 2010 se dedica en el artículo 2 a definir términos clave como *consumo abusivo de alcohol*, *consumo abusivo*, *embriaguez* e incluso *consumo moderado* (MPS, 2010), estos carecen de pautas específicas; así, por ejemplo, no delimitan la cantidad (en gramos de alcohol) a la que equivale un trago, o cuántos tragos por ocasión marcarán el límite de consumo de bajo riesgo. Se deberían tomar como referencia las mediciones toxicológicas ajustadas a las características de la población colombiana, haciendo la respectiva diferenciación para hombres y mujeres.

También debería tomarse como referencia el tiempo transcurrido por ocasión de consumo, pues el hígado puede metabolizar una cantidad limitada de alcohol por hora, lo cual generalmente se equipara a un trago por hora (Anderson, Gual y Colon, 2008). Además, es importante tener en cuenta aspectos culturales del consumo, pues no es lo mismo que una población suela beber para acompañar las comidas a que lo haga con fines recreativos en contextos específicos, lo cual debe ser una guía al momento de conceptualizar la cantidad de tragos a la semana.

Si bien es cierto que, según lo anterior, establecer un punto de corte de consumo puede ser arbitrario, estas convenciones son importantes y ampliamente establecidas (OMS, 2000), además de ser útiles en procesos de educación en salud, pues si se quiere un cambio respecto al consumo, no tiene el mismo efecto decir simplemente que el exceso de alcohol es perjudicial para la salud a indicar específicamente qué cantidad de alcohol se ha asociado con efectos perjudiciales para la salud y recomendar que, en consecuencia, se evite tomar cierto número de tragos en un determinado periodo.

Además, la falta de claridad en estos temas repercute en la forma como se recolecta información sobre el consumo de alcohol en el país, pues, por ejemplo, en el Estudio Nacional sobre Consumo de Drogas en población general se usó una versión del AUDIT en la que se indaga por la frecuencia con la que se consumen *seis* o más bebidas alcohólicas en un solo día, mientras que en el estudio con población universitaria se empleó la versión que indaga por *cinco* o más bebidas alcohólicas. Esto cuestiona la comparabilidad de los datos obtenidos en uno y otro estudio, pese a que en ambos casos se contó con el apoyo de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD) y la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC).

A pesar de la insuficiencia conceptual respecto a lo que en el país se consideran patrones de consumo de bajo riesgo y patrones de consumo nocivo, es evidente que los objetivos de prevención son distintos según se hable de prevención del consumo o de prevención del consumo nocivo. En el primer caso, los objetivos serán la reducción

de indicadores como la incidencia y la prevalencia de vida, año y mes en población general, mientras que en el segundo los indicadores deben ser más específicos, como la reducción del porcentaje de adultos con consumo de riesgo (excesivo episódico, peligroso, perjudicial y dependencia), porcentaje de adultos que conducen bajo los efectos del alcohol, porcentaje de adultos que acuden al trabajo o a la universidad bajo los efectos del alcohol, entre otros.

De igual forma, si el objeto es la prevención del consumo, también se esperaría que se reduzcan indicadores de consumo de riesgo; sin embargo, teniendo en cuenta que en este enfoque las estrategias estarían dirigidas a promover la abstinencia, los indicadores relevantes para medir el éxito de la intervención preventiva serían fundamentalmente los que den cuenta del porcentaje de personas que consumen, independientemente de cómo lo hagan.

El caso del alcohol a la luz de la finalidad de la política y sus objetivos respecto a la reducción del consumo

El resumen ejecutivo de la PNRCSPA dice que su finalidad es la reducción de la incidencia y prevalencia del consumo de SPA en Colombia, y como el alcohol es una SPA respecto a la que no se hace ninguna distinción en la finalidad, podría entenderse que el país pretende evitar el consumo de alcohol en población general, lo cual es inconsistente con lo que en la práctica se hace, empezando por lo que se reglamentó en el Decreto 120 de 2010.

Sin embargo, también se afirma que las acciones basadas en la política deben apuntar como mínimo a la reducción de: a) el consumo de SPA lícitas en menores, b) el consumo de SPA en mujeres gestantes, c) el consumo de SPA ilícitas en jóvenes, d) la dependencia y la comorbilidad y e) el consumo problemático de SPA lícitas e ilícitas. Ello traza metas específicas, sin que en ninguna de ellas se mencione la reducción del *consumo* de SPA en adultos; por ello, no se entiende cómo se va a lograr lo que se propone como finalidad si no se pone dentro de las prioridades de acción.

Por otro lado, si se hace énfasis en la prevención del *consumo problemático* de SPA lícitas e ilícitas y no en el *consumo* de SPA, en principio no habría por qué hacer una distinción con la prevención del consumo nocivo de alcohol, pues son términos equiparables. No obstante, en el documento *La Política Nacional de Reducción del Consumo de SPA al Alcance de Tod@s: una herramienta para socializar y construir política en lo local* (MPS, 2008) se define el *consumo problemático* “no a partir de un diagnóstico o la cantidad y frecuencia del uso, sino por las consecuencias negativas que ese consumo trae para el individuo, su familia y comunidad” (p. 20). Este concepto dificulta la operacionalización de la estrategia de prevención y restringe la posibilidad

de educar sobre qué es un consumo *no problemático*. Es decir, ¿qué pasa cuando las consecuencias negativas para el organismo del individuo se evidencian veinte años después de que la persona ha venido tomando con patrones que están por encima de la cantidad y frecuencia recomendadas? ¿Se debe esperar hasta la aparición de la enfermedad, la ocurrencia de la lesión o el problema de convivencia para definir el consumo de alcohol como *problemático*?

Además, es importante revisar las metas específicas que se plantearon en cada uno de los ejes, concretamente en los de prevención y mitigación, por ser estos en los que se divide la prevención universal, selectiva e indicada. Ahora bien, reuniendo lo que se afirma en los tres documentos en los que se describe la política, el eje de prevención busca:

- a) Evitar el inicio del uso de SPA en cualquier momento del ciclo vital (evitar el primer contacto con cualquier SPA a través de la intervención en factores de riesgo y de protección identificados por la evidencia en los niveles macro, meso, micro y personal; reducir el riesgo de iniciar el consumo).
- b) Evitar el uso indebido de SPA en cualquier momento del ciclo vital (reducir el riesgo de escalar en el consumo una vez se ha iniciado).
- c) Reducir en individuos, grupos y comunidades la vulnerabilidad al consumo de SPA ilícitas.
- d) Evitar que se prueben tempranamente las sustancias lícitas (prevención primaria del consumo de alcohol y tabaco en niños y adolescentes).
- e) Evitar que los que entraron en contacto tempranamente con las sustancias lícitas prueben las ilícitas.

Al transferir estos objetivos al caso del alcohol, puede decirse que el eje de prevención busca evitar que las personas de cualquier edad empiecen a beber: se da un lugar especial a evitar el consumo temprano, y con las que ya toman, evitar que lo hagan con patrones propios del consumo nocivo (uso indebido). En resumen, teniendo en cuenta que la media de edad de inicio del consumo de alcohol en Colombia son los 12 años (Gobierno Nacional de la República de Colombia, 2011), es comprensible que la prevención del “inicio” del consumo se haga con menores de edad, como también pueden priorizarse las acciones de prevención del *consumo nocivo* de alcohol en jóvenes entre 18 y 24 años, que es el rango de edad en que se presenta el mayor porcentaje de consumo de riesgo (MPS y DNE, 2009).

Entonces, ¿por qué no se ponen como lineamiento de prevención las estrategias de prevención universal, selectiva e indicada para estos dos grandes objetivos en el caso del alcohol? ¿Por qué dejar la prevención indicada en otro eje si permite responder a

lo que se plantea en este? ¿Por qué en el Plan Nacional de 2009-2010 se ubicó en el eje de mitigación al programa Pactos por la Vida, si este es un programa fundamentado en la educación para la salud que plantea estrategias de promoción para la salud y de prevención universal, selectiva e indicada del consumo nocivo de alcohol?

Ahora bien, en el eje de mitigación se plantean los siguientes objetivos:

- a) Evitar que quienes ya se han iniciado en el consumo transiten a patrones de uso problema o a la dependencia.
- b) Evitar que quienes ya se han iniciado en el consumo corran riesgos continuados, vean afectada su salud física, mental, emocional, familiar y social, y que por efectos de su consumo pongan en riesgo a terceros (reducir la vulnerabilidad a correr riesgos continuos que son prevenibles y evitables).
- c) Reducir el impacto individual, familiar, social y sanitario del consumo de SPA lícitas e ilícitas.
- d) Evitar que quienes hayan superado su condición de consumidores activos por voluntad y hayan mantenido un estilo de vida libre de “drogas” retornen a aquella condición (prevalencia).

Estos objetivos son más difíciles de concretar al alcohol, porque, en primer lugar, no es clara la diferencia entre “evitar el uso indebido de SPA en cualquier momento del ciclo vital”, que se propone en el eje de prevención, y el primer objetivo de este eje. Tampoco es clara la diferencia entre lo que se dijo que buscaba el eje de prevención en general y lo que aquí se enumeró como el segundo y tercer objetivo de la mitigación.

A pesar de lo anterior, este eje parece apuntar hacia la implementación de acciones que no estén dirigidas a impedir el consumo o modificar la forma como se consume, sino a evitar, por ejemplo, la realización de otros comportamientos de riesgo bajo los efectos de las sustancias. En otras palabras, para el caso del alcohol los esfuerzos no se concentrarían en evitar que la persona se tome 5 o más tragos en una sola ocasión, sino que, sabiendo que se los suele tomar y no lo va a dejar de hacer, evite que conduzca, tenga una relación sexual insegura o se implique en una riña.

Si bien este concepto de mitigación también se incluye en la Estrategia Mundial para Reducir el Consumo Nocivo de Alcohol que propone la OMS (2009), esta mirada implica una fragmentación tanto del fenómeno del consumo de alcohol como de las acciones de prevención; así, olvida, por ejemplo, que aun cuando el objetivo de un programa de prevención selectiva sea evitar el consumo nocivo en adultos jóvenes, en realidad con acciones del mismo programa se puede hacer mitigación cada vez que se les enseñe a las personas los principios del saber beber. En Colombia, estos se

definieron no solo a partir del control de la cantidad, sino también de la calidad, la compañía, la comida, la consistencia y el conflicto. Por lo tanto, queda la inquietud de si esta separación es realmente pertinente y útil para el alcohol, pues en la práctica un mismo programa puede quedar dividido entre el eje de prevención y de mitigación.

El lugar de Pactos por la Vida en la política nacional

En Colombia se han realizado diversos empeños para hacer frente a esta problemática. Así, el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010 y el Plan Decenal de Salud Pública 2011-2020 contemplan como una de sus prioridades el fortalecimiento de los servicios en salud mental y, en esta esfera, la atención de los trastornos relacionados o concurrentes con el consumo abusivo de alcohol y otras sustancias psicoactivas. Por su parte, la Política Nacional para la Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas y su Impacto centra su accionar en reducir la vulnerabilidad al consumo, reducir el impacto del consumo y crear capacidad de respuesta frente al consumo y sus consecuencias. Ello implica acciones de prevención, mitigación, superación y construcción de capacidad que afecten factores macrosociales, microsociales y personales asociados al consumo.

Desde esta perspectiva, en un intento por hacer frente a las dificultades ya identificadas en los lineamientos políticos mencionados, y como una respuesta integral a la problemática del consumo de alcohol, desde 2006 el Ministerio de la Protección Social y la Oficina de Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito acogen la iniciativa Pactos por la Vida (PpV), generada desde la integración de procesos de investigación científica realizados con anterioridad por el grupo Estilo de Vida y Desarrollo Humano (GIEV y DH) de la Universidad Nacional de Colombia.

Para PpV, las personas consumidoras de alcohol, que representan un porcentaje muy alto de la población, tienen algunas ideas básicas acerca del “qué” es beber bien, y practican de manera más o menos consciente algunas estrategias que les permiten responder al “cómo” hacer para beber bien, evitando o disminuyendo así los riesgos asociados al consumo de alcohol. PpV profundiza en el conocimiento de qué es beber bien, pero centra la mayor parte de su atención en el desarrollo de habilidades y de competencias que les permitan a las personas darle curso al proceso de autorregulación motivacional hacia el cómo beber bien, con el fin de que se resuelva favorablemente el conflicto entre hacer o no hacer (Flórez, 2007) un consumo de bebidas alcohólicas que propenda a la calidad de vida, disminuya los riesgos y evite los daños generados por este consumo. Fomentar la motivación de la gente para que se decida por la abstinencia o por hacer un buen consumo (consumo moderado) es la meta de toda la labor preventiva realizada en el marco de PpV.

El desarrollo del programa busca fomentar en la ciudadanía una capacidad de autorregulación, de regulación social y control normativo, para el cuidado y la protección de la vida, por lo que requiere de la acción coordinada de entidades públicas y privadas de diversas índoles, para hacer frente al consumo, antes, durante y después de su ocurrencia en los ámbitos donde suele presentarse.

Referencias

- Anderson, P., Gual, A. y Colon, J. (2008). *Alcohol y atención primaria de la salud. Informaciones clínicas básicas para la identificación y el manejo de riesgos y problemas*. Washington: Organización Panamericana de la Salud.
- Babor, T. F. et al. (2010). *El alcohol: un producto de consumo no ordinario*. Washington: Organización Panamericana de la Salud.
- Babor, T., Rehm, J., Jernigan, D., Vaeth, P., Monteiro, M. y Lehman, H. (2012). Alcohol, diabetes, and public health in the Americas. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 32(2), 151-155.
- Becoña-Iglesias, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Cherpitel, C. J., Borges, G., Giesbrecht, N., Monteiro, M. y Stockwell, T. (2013). *Prevención de traumatismos relacionados con el alcohol en las Américas: de la evidencia a la acción política*. Washington: OPS/OMS.
- Comisión Asesora de Políticas de Drogas en Colombia (2013). *Lineamientos para una política pública frente al consumo de drogas*. Bogotá: Autor.
- Comunidad Andina de Naciones (2012). *II Estudio epidemiológico Andino sobre consumo de drogas en la población universitaria. Informe Colombia, 2012*. Lima: Autor.
- Congreso de la República de Colombia (1994). Ley 124 de 1994, por la cual se prohíbe el expendio de bebidas embriagantes a menores de edad y se dictan otras disposiciones. *Diario Oficial* 41.230.
- Eslava-Castañeda, J. C. (2002). Promoción y prevención en el Sistema de Salud en Colombia. *Revista de Salud Pública*, 4(1), 1-12.
- Flórez-Alarcón, L. (2007). *Psicología social de la salud: promoción y prevención*. Bogotá: Manual Moderno.
- Gawryszewski, V. P. y Monteiro, M. G. (2007). Mortality from diseases, conditions and injuries where alcohol is a necessary cause in the Americas. *Addiction*, 109(4), 570-577.
- Gobierno Nacional de la República de Colombia (2011). *Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Población Escolar Colombiana, 2011. Informe final*. Bogotá: Autor.

- Gordon, R. S. (1983). An operational classification of disease prevention. *Public Health Reports*, 98(2), 107-109.
- Jackson, K. M. (2008). Heavy episodic drinking: Determining the predictive utility of five or more drinks. *Psychology of Addictive Behaviors*, 22(1), 68-77.
- Kohn, R. *et al.* (2005). Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 18(4/5), 229-240.
- Medina-Mora, M. E., Real, T., Villatoro, J. y Natera, G. (2013). Las drogas y la salud pública: ¿hacia dónde vamos? *Salud Pública de México*, 55(1), 67-73.
- Ministerio de la Protección Social (2008). *La Política Nacional de Reducción del Consumo de SPA al Alcance de Tod@s: una herramienta para socializar y construir política en lo local*. Bogotá: Autor.
- Ministerio de la Protección Social (2010). Decreto 120 de 2010, por el cual se adoptan medidas en relación con el consumo de alcohol. *Diario Oficial* 47.599.
- Ministerio de la Protección Social y Dirección Nacional de Estupeficientes (2009). *Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en Colombia 2008: Informe final*. Bogotá: Autor.
- Ministerio de Salud y Protección Social (2013). *Política Nacional para la Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas y su Impacto. Resumen Ejecutivo*. Bogotá: Autor.
- Monteiro, M. G. (2013). Alcohol y Salud Pública en América Latina: ¿cómo impedir un desastre sanitario? *Adicciones*, 25(2), 99-105.
- Organización de los Estados Americanos (OEA) (2006). *El problema de las drogas en las Américas: estudios*. Recuperado de http://www.cicad.oas.org/drogas/elinforme/informe-Drogas2013/alternativasLegales_ESP.pdf
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2000). *International Guide for Monitoring Alcohol Consumption and Related Harm*. Ginebra: Autor.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2002). *The World Health Report 2002: Reducing risks, promoting healthy life*. Ginebra: Autor.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2006). *Disease control priorities related to mental, neurological, developmental and substance abuse disorders*. Ginebra: Autor.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2010). *Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol*. Recuperado de http://www.who.int/substance_abuse/activities/msbalcs-strategyes.pdf
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2013). *Investing in mental health: evidence for action*. Ginebra: Autor.
- Restrepo, H. y Málaga, H. (2001). *Promoción de la salud: cómo construir vida saludable*. Bogotá: Editorial Médica Panamericana.

3

PSICOLOGÍA PREVENTIVA BASADA EN LA EVIDENCIA

Karen Liseth Cabarcas Acosta*

Constanza Londoño Pérez**

La psicología preventiva basada en la evidencia se enmarca en una postura profesional científica en la que es tan importante atender las necesidades de los usuarios como dar garantía de las intervenciones realizadas; interés que ha acompañado a la psicología clínica y de la salud desde hace más de setenta años. Desde los años cuarenta aparece el interés de evaluar los efectos deseables e indeseables provocados por la aplicación de los tratamientos médicos, ya que utilizar intervenciones no efectivas y eficaces podría cobrar vidas o provocar la aparición de efectos iatrogénicos.

Una década después, este interés se traslada al campo de la psicología clínica con la idea de establecer la forma en que la psicoterapia afectaba a los pacientes (Trull y Phares, 2003). Posterior a ello se crea la primera comisión de trabajo que declaró los principios y criterios para evaluar la validez empírica de las intervenciones (Chambless y Hollon, 1998); fruto de este análisis se publica la primera lista, conformada por 12 tratamientos en psicología clínica y de la salud consideradas empíricamente validadas, entre ellas una conductual dirigida a la cesación del consumo de cigarrillo (Compas y Hollon, 1998).

Aún existe la discusión entre la postura de la validez empírica de las terapias y la psicología clínica basada en la evidencia, aunque existe el acuerdo en que se deben desarrollar tecnologías de intervención ecológicamente racionales que conlleven el mejor resultado posible con la utilización más eficiente de los recursos disponibles (Messer, 2016). No obstante, se mantiene el acuerdo sobre los tres criterios básicos universales to-

*Magíster en Psicología por la Universidad Católica de Colombia; docente de la Especialización en Psicología Clínica de la Universidad Católica de Colombia. Correo electrónico: klcabarcas@ucatolica.edu.co

**Magíster en Psicología por la Universidad Católica de Colombia; docente de la Especialización en Psicología Clínica de la Universidad Católica de Colombia. Correo electrónico: klcabarcas@ucatolica.edu.co

mados como base para evaluar las intervenciones: la eficacia, la efectividad y la eficiencia. La *eficacia* se refiere a la obtención de resultados positivos en quienes ha sido aplicada, especialmente cuando se ha evaluado en investigaciones que cumplen con rigor; la *efectividad* implica utilidad en la práctica clínica, y la *eficiencia* se relaciona con un balance positivo entre beneficios y costos, de manera tal que haya más de los primeros que de los segundos.

Los criterios formulados hace casi veinte años para clasificar los tratamientos como *tratamientos bien establecidos* y *tratamientos posiblemente eficaces* fueron adoptados por la Asociación Americana de Psicología (APA) y aún se mantienen vigentes con modificaciones mínimas (Chambless y Hollon, 1998).

En general, los tratamientos bien establecidos deben cumplir los siguientes criterios:

- a) Dos diseños experimentales que cuenten con dos grupos y que demuestren la eficacia a través de resultados superiores a un grupo control, o a un grupo experimental con otro tratamiento; resultados equivalentes a los obtenidos por otro tratamiento que ya haya sido considerado como bien establecido (*Gold standard*).
- b) Si no hay dos investigaciones importantes, pueden haber un grupo (mayor a nueve) de investigaciones con diseño experimental de caso único, que deben haber tenido diseño experimental y comparación con otro tratamiento.
- c) Debe haber manuales en los que se describan las acciones que se deben desarrollar.
- d) Caracterización clara, suficiente y específica de las muestras que se utilizaron.
- e) Los efectos de la intervención deben haber sido demostrados por al menos dos equipos de trabajo o investigadores independientes.

Los tratamientos probablemente eficaces deben cumplir con estos criterios:

- a) Dos experimentos que permitan concluir que el tratamiento es superior a los resultados en un grupo control (con significancia estadística); no se requiere de manuales ni de especificación de las características de la muestra.
- b) Solo un diseño experimental, pero que cuente con dos grupos, especificación de las condiciones del grupo, manual y resultados superiores a los de otro tratamiento o placebo, o equivalentes a los de un tratamiento bien establecido.
- c) Si no se cuenta con las condiciones *a* y *b*, se puede tener un grupo de experimentos de caso único (tres mínimos) que cumpla con caracterización de población, manual, diseño experimental y comparación con otras intervenciones o grupos control.

Posteriormente tiene lugar la mirada de validez empírica, en la que se evalúan la base empírica del efecto que tenían los componentes de la terapia, el nivel de competencia y el rol del profesional, el tipo de problemas abordados en poblaciones específicas, las robustez de los instrumentos de evaluación y la rigurosidad de la investigación realizada para generar evidencia experimental acerca de la efectividad de la intervención (Chambless y Hollon, 1998; Moriana y Martínez, 2011). Esta mirada se transforma en una búsqueda de la mejor evidencia posible de las intervenciones.

Se consideran relevantes un grupo de variables para dar garantía de eficacia y efectividad de las intervenciones, entre las que se cuentan: las características socioculturales, demográficas, actitudinales, motivacionales y el sistema de creencias de los usuarios; las condiciones contextuales de aplicación del tratamiento o intervención; y las características de los profesionales que lo aplican, especialmente las relacionadas con la experticia, el juicio clínico y la formación profesional para la toma de decisiones, además de la capacidad para trabajar en doble vía (es decir, hacer la aplicación y tener una mirada crítica y objetiva de la intervención) (Daset y Cracco, 2013).

Cabe notar que aun cuando se cuenta con información acerca de los tratamientos empíricamente validados y basados en evidencia, no ha sido fácil incorporarlos a la práctica profesional cotidiana, debido a varias razones:

- a) Algunos profesionales consideran que esta es una propuesta aplicable solo a intervenciones derivadas de enfoques provenientes de una epistemología positivista y analítica.
- b) Los sistemas sanitarios apenas empiezan a dar estatus al fundamento científico de las intervenciones, y en la práctica libre queda a discreción del profesional la decisión sobre el tipo de intervenciones por implementar.
- c) La oportunidad de actualización y cualificación es reducida y gran parte de los profesionales no reciben entrenamiento avanzado para la aplicación de las intervenciones.
- d) Las condiciones de implementación de las propuestas son limitadas por los esquemas de atención definidos por el sistema sanitario en términos de tiempo, costos, procedimientos diagnósticos y nivel de acceso.
- e) Existe una brecha entre la producción científica desarrollada en las instituciones de educación superior y la práctica profesional desarrollada cotidianamente.
- f) En algunos países apenas se ha considerado como tema importante el respeto de los derechos de los usuarios (personas y comunidades) y su participación autónoma e informada en la decisión acerca del tipo de intervención por instrumentar para dar respuesta a su problemática.

- g) Los recursos económicos asignados al sistema sanitario son insuficientes para el desarrollo de investigación específica que oriente el diseño de guías, protocolos y manuales, y que garantice su difusión (Daset y Cracco, 2013).

La razón principal para promover la adopción de intervenciones con soporte empírico y basadas en la evidencia es que la elección del mejor tratamiento disponible con el menor costo conductual y económico redundan directamente en el mejoramiento de la calidad de vida de los usuarios de los servicios, e indirectamente en la optimización de los recursos sanitarios disponibles (Grol y Grimshaw, 2003) y en la garantía de los derechos de los usuarios.

Se ha identificado un grupo de barreras para que los profesionales se adhieran a la implementación única de intervenciones basadas en la evidencia, o por lo menos las consideren como de primera elección cuando toman decisiones al respecto. Unas de ellas son de orden técnico y otras de orden personal. Entre las primeras se cuentan:

- a) El nivel de competencia requerido y la imposibilidad de realizar cursos o programas de entrenamiento continuamente, debido a los horarios de trabajo, el costo de programas de actualización y la falta de oferta de programas de entrenamiento específico.
- b) La dificultad en la validación cultural de las intervenciones (Kaper *et al.*, 2015).
- c) No se cuenta con la colaboración administrativa del sistema sanitario.
- d) No se ha incorporado del todo esta mirada en los sistemas de salud, en la mayoría de países.

Entre las razones de orden personal se encuentran:

- a) Los profesionales tienen una mentalidad individual que privilegia la confianza en la propia experiencia por encima de la reflexión crítica de su ejercicio profesional (Daset y Cracco, 2013; Kaper *et al.*, 2015).
- b) El desconocimiento de las bases teóricas de la psicología basada en la evidencia.
- c) La falta de formación en investigación que facilite la búsqueda y comprensión de estudios relacionados con el soporte de sus decisiones en la elección de las intervenciones.

De acuerdo con la propuesta realizada, la metodología basada en la evidencia requiere la demostración de la efectividad y eficiencia de las intervenciones. Esto se traduce en que las propuestas deben cumplir con ciertas condiciones, a saber:

- a) Partir de la revisión de la teoría y de los resultados de otras investigaciones científicas que haya sobre el tema.

- b) Llevar a cabo investigaciones dirigidas a la comprobación experimental o cuasiexperimental de la intervención con grupos controles, asignación azarosa (en lo posible) o aleatoria, con posibilidad de comparación de resultados (pre-post) y tamaño de muestra representativos.
- c) Garantizar la comparabilidad de los estudios que faciliten su replicación en distintos momentos y que sea realizada por investigadores independientes (Clar-kin, 1998).
- d) Realizar la evaluación de los componentes que integran la intervención, ya sea en estudios de adición o extracción de componentes para determinar su aporte en los resultados obtenidos en la modificación del problema (Compas *et al.*, 1998).
- e) Facilitar la difusión y el entrenamiento en el manejo de guías, protocolos y manuales.
- f) Garantizar el desarrollo y uso de instrumentos de medida robustos (Londoño y Vinaccia, 2005).

En suma, las intervenciones psicológicas basadas en la evidencia son aquellas acciones que favorecen la efectividad tanto de la evaluación como del diagnóstico, la prevención, el tratamiento, la intervención y el asesoramiento desde la psicología, a todo tipo de usuarios y ambientes de aplicación. Estas acciones deben estar basadas en el uso de principios, teorías y técnicas que cuenten con el suficiente acervo de evidencias empíricas y que permitan mejorar los servicios ofrecidos en salud pública y otros ambientes (Moriana y Martínez, 2011).

Entonces, la mejor intervención psicológica en el campo de la salud es aquella cuyos procedimientos de evaluación, diagnóstico e intervención han sido probados a través de diseños experimentales y que cuentan con evidencia científica que garantiza eficacia, efectividad y eficiencia.

Características de los programas de prevención efectivos o de alto impacto

Plantear un programa de prevención de alta calidad y cobertura debe tener en cuenta e implementar actividades de diagnóstico con los diferentes actores sociales inmersos en la problemática de los sectores: salud, educación, gubernamental-administrativo, religioso, entidades privadas y comunidad en general, teniendo en cuenta su ubicación geográfica y su características poblacionales, si se trata del sector urbano o rural; esto con el fin de identificar las problemáticas en términos de sucesos históricos, actores, ubicación y necesidad real, para con base en esta información cualitativa

y cuantitativa generar las estrategias de intervención que contribuyan a potenciar factores protectivos, disminuir factores de riesgo en comunidades en alto riesgo y mitigar el impacto en los sectores social, económico, administrativo, relacional, comunitario, entre otros. Para el caso de la presente investigación, sería la prevención del consumo de sustancias como fenómeno importante por trabajar en el municipio de Sibaté, como parte del proyecto “Pactos por la Vida: saber beber/saber vivir/consumo seguro”, por un consumo seguro y promover la convivencia en el municipio.

Es indispensable hacer una revisión de programas exitosos de prevención, porque permite conocer los sectores que han tenido en cuenta y las estrategias de intervención exitosas propuestas que han identificado factores protectores y resilientes individuales, familiares y ambientales, muchos de los cuales funcionan independiente del riesgo de consumo. De esta manera, se pueden proponer ajustes y nuevas acciones que permitan hacer una prevención efectiva para reducir el consumo y, a la vez, evitar que nuevos casos se presenten.

Los programas revisados dan principalmente respuesta a los factores geográficos, políticos, escolares, sociales, del sistema, individuales, culturales y ambientales, mediante el uso de estrategias como estas: prevención primaria, promoción de la salud, alianzas intermunicipales, prevención secundaria según tipo de sustancia y características poblacionales rurales o urbanas, procesos educativos con padres, maestros y agentes sociales sobre problemas y posibles soluciones, capacitación a profesionales de la salud y de educación encarados de la puesta en marcha de la intervención, fortalecimiento al sistema de detección y atención a casos, control al tráfico y expendio de sustancia lícitas e ilícitas, definición de políticas que atienden jóvenes y corresponsabilidades, declaraciones públicas, estrategias comunitarias de prevención, recuperación/resignificación de espacios de consumo, actividades culturales y deportivas, entre otras (Alonso *et al.*, 2008; Babor y Higgins-Biddle, 2001; Centros de Integración Juvenil, 2008; Comisión Interinstitucional Nacional de Drogas, 2009; Federación de Alcohólicos Rehabilitados de España, 2010; Fernández y Soto, 2007; Ireland, Lister-Shap, Lowe y Bree, 2008; Gual, 2002; Jiménez-Iglesias, Moreno, Oliva y Ramos, 2012; Junta de Castillo y León, 2012; Ministerio de Salud de Chile, 2005; Organización Mundial de la Salud [OMS], 2011; Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2010; Zarco *et al.*, 2007).

Estos programas han planteado diferentes acciones para hacer una intervención oportuna y eficaz, que pueden ser organizadas en 14 aspectos principales, algunos de ellos transversales en el proceso de instauración de programas de prevención. El primero de los aspectos se ha planteado alrededor de la prevención primaria y la promoción de la salud, con acciones de trabajo como:

- a) Con grupos de jóvenes líderes de la comunidad, círculos de prevención y temas como: mitos y creencias acerca del consumo, razones para no consumir, música y consumo, factores de riesgo, factores protectores (pautas positivas de comportamiento), análisis de beneficios sociales de las acciones de prevención, no consumo como una opción o elección.
- b) En expresión mural acerca de las experiencias negativas que se han vivido debido al consumo propio y ajeno, donde se aborda: identificación de líderes juveniles (se les capacita en factores asociados al consumo, opciones preventivas, actitudes para la resistencia; reinterpretación del consumo y de los imaginarios colectivos acerca del consumo de sustancias psicoactivas); realización de actividades culturales y deportivas lideradas por jóvenes, en las que se promocióne la importancia de la prevención del consumo; grupo de jóvenes guardianes y cuidadores de los menores.
- c) Entrenamiento en habilidades para la vida, que involucre competencia social, modificación de creencias, autocontrol emocional (ira), autorregulación basada en valores y principios, balances decisionales; entrenamiento en retraso de inicio de consumo, solución de conflictos, afrontamiento crítico, toma de decisiones; entrenamiento en habilidades para la resistencia y el procesamiento crítico de la información promotora del consumo: ¿quién dice que las drogas son buenas?, ¿por qué lo dice?, ¿qué gana?, ¿qué pierde?
- d) Creación de redes interescolares para la prevención primaria de niños en edad escolar; prevención primaria con grupos de riesgo con consumo inicial, entrenamiento a psicoorientadoras, maestros y agentes sociales en detección y manejo oportuno de casos y de ruta de remisión; conformación de organizaciones con padres que se agrupen en comisiones preventivas.
- e) Promoción de la salud, donde se trabaje con jóvenes y demás agentes sociales autorregulación emocional, entrenamiento en habilidades para la vida, solución de problemas, entrenamiento para rehusar a niños y preadolescentes, escuela saludable, valores e incremento de conducta prosocial.

El segundo de los aspectos por abordar es el de prevención secundaria según tipo de sustancia y características particulares de grupos poblacionales; acá se tienen en cuenta acciones como las siguientes:

- a) Identificar de manera oportuna casos de riesgo, revisar el sistema de remisión y difundir la ruta crítica de atención e identificación de la trayectoria de atención para los casos según sus características, al igual que desarrollo de guías para la atención en los cinco niveles de atención.

- b) Entrenar a psicoorientadoras, maestros y agentes sociales en detección y manejo oportuno de casos y manejo de la ruta de remisión; aplicación de protocolos de reducción de consumo de alcohol, además de realizar debates escolares acerca de los beneficios del consumo y análisis de beneficios sociales de las acciones de prevención; incluir capacitación en tamizaje oportuno, percepción de riesgo/vulnerabilidad, intención, motivación de consumo, disponibilidad para el cambio, balance decisional, estrategias de entrevista motivacional, con el fin de cualificar el personal encargado de la puesta en marcha de los programas.
- c) Aplicación de protocolos dirigidos a la cesación de consumo de cigarrillo y protocolos de abandono de consumo de sustancias ilícitas, en los que se capacite al personal responsable de llevar a cabo la intervención en prevención secundaria breve centrada en factores de riesgo y de protección y prevención en escalada de consumo.

El tercer aspecto resalta la importancia de educar a padres, maestros, tenderos y agentes sociales sobre el problema y las soluciones, para lo cual es necesario:

- a) Elaboración de material psicoeducativo, en el que se incorpore el tema preventivo en la escuela de padres en comunicación familiar, pautas de crianza y modelos en actitudes para la resistencia y presión de grupo, entrenamiento en el manejo del problema bajo el modelo de aprendizaje social y análisis de los beneficios sociales de las acciones de prevención.
- b) Implementación de volantes, folletos, fichas y guías con información sobre cómo rehusar, controlar y abandonar, y con ejemplos de situaciones y estrategias de resistencia que se distribuyan en el interior de las escuelas, en la comunidad y en escenarios públicos de alta afluencia.
- c) Hacer apertura de grupos de discusión con agentes políticos.
- d) Involucrar a los medios de comunicación con los que se cuente en el ámbito local, dirigido a diversos grupos de edad para el desarrollo de temas en torno al consumo de drogas.
- e) Uso de métodos interactivos para disminuir actitud positiva hacia el consumo; uso de redes sociales.

El cuarto aspecto está dirigido al control del tráfico y expendio de sustancias ilícitas y lícitas, para lo cual se ha llevado a cabo:

- a) Control de venta de inhalantes.
- b) Sensibilización y educación a tenderos acerca del problema y su aporte en la solución, para expendio responsable de bebidas alcohólicas y cigarrillo.
- c) Capacitación a agentes sociales.

- d) Desarrollo de estrategias de educación a Policía en prevención comunitaria.
- e) Aplicación del toque de queda a menores y control en los cierres de jornada escolar.
- f) Retoma y demarcación de lugares para desinstalar la idea de consumo natural, por medio de la resignificación de espacios.
- g) Campaña de rescate de credibilidad de la policía y los agentes de control.
- h) El manejo de la figura del adulto como modelo de prevención y de las autoridades como modelos de autorregulación.
- i) Desarrollo de material educativo sobre las leyes vigentes para el control, el porte y la venta de sustancias ilícitas.

Como quinto aspecto, la definición de políticas para la integración de los sectores políticos que atienden juventud e instauración de corresponsabilidad, para lo que es necesario:

- a) Creación de grupos de discusión y alineación de las políticas que se hayan generado para prevención y atención a jóvenes.
- b) Pactos locales de lucha contra las drogas, para lo cual se cuenta con talento humano altamente capacitado para liderar los procesos.
- c) Firma de acuerdos democráticos y pactos locales en los que se integren los valores y las prácticas culturales positivas característicos del grupo poblacional de interés, con el fin de formar culturas preventivas y culturas saludables

Y como sexto aspecto, estrategias comunitarias de prevención, en las que se tienen en cuenta:

- a) Creación y mantenimiento de espacios comunitarios de discusión sobre el problema de consumo y prácticas de aceptación de consumo, rescate de las prácticas sociales libres de consumo, alianzas comunidad-escuela.
- b) Expresión mural acerca de las experiencias negativas que se han vivido debido al consumo propio y ajeno.
- c) Creación de equipos de acción vecinal dirigidos a capacitar a la policía, los líderes comunitarios que realizan actividades y los jóvenes.
- d) Análisis de obstáculos en la implementación y definiciones para la priorización de necesidades comunitarias.

Finalmente, a la luz de estos criterios y de la reflexión presentada en este capítulo, posteriormente se analizará la experiencia Pactos por la Vida para definir si es posible considerarla como una intervención basada en la evidencia.

Referencias

- Alonso, M., Santiago, E., Frederickson, K., Guzmán, F. y López, R. (2008). Efecto de una intervención para prevenir el consumo de alcohol y tabaco en adolescentes de escuelas secundarias de Monterrey. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 10(1), 79-92.
- Babor, T. y Higgins-Biddle, J. (2001). *Intervención breve para el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol. Manual para la utilización de Atención primaria*. Recuperado de http://www.who.int/substance_abuse/activities/en/BImanualSpanish.pdf
- Centros de Integración Juvenil (2008). *Prevención selectiva. Catálogo de proyectos piloto*. Recuperado de <http://www.enlinea.cij.gob.mx/cursos/PrevencionR/htm/proyfasepiloteo/prevenciondelconsumo/Pdf/CatalogoDeProyectosPiloto.pdf>
- Chambless, D. y Hollon, S. (1998). Defining Empirically Supported Therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(1), 7-18.
- Clarkin, J. (1998). Intervention research: development and manualization. En A. S. Bellak y M. Hersen (Eds.), *Comprehensive clinical psychology* (pp. 189-200). Baltimore: Pergamon.
- Comisión Interinstitucional Nacional de Drogas (2009). *Los usos de drogas y su abordaje en la educación. Orientaciones para la promoción de salud y prevención*. Montevideo: Uruguay. Recuperado de http://www.infodrogas.gub.uy/html/material-educativo/documentos/2009_manual_secundaria.pdf
- Compas, B. y Gotlib, I. (2003). *Introducción a la psicología clínica, ciencia y práctica*. Ciudad de México: MCGraw-Hill
- Compas, B., Haaga, D., Keefe, F., Leinterberg, H. y Williams, D. (1998). Sampling of empirically supported psychological treatments from health psychology smoking, chronic pain, cancer and bulimia nervosa. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(1), 89-112.
- Daset, L. y Cracco, C. (2013). Psicología basada en la evidencia: algunas cuestiones básicas y una aproximación a través de una revisión bibliográfica sistemática. *Ciencias Psicológicas*, 7(2).
- Fernández, R. y Soto, M. (2007). *¡Ordago! Afrontar el desafío de las drogas*. Bilbao: Edex.
- Grol, R. y Grimshaw, J. (2003). From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. *Lancet*, 362, 1225e30.
- Gual, A. (2002). Monografía alcohol. *Adicciones*, 14.
- Ireland, D., Lister-Shap, D.J., Lowe, G. y Bree, R. (2008). Prevención primaria para el abuso de alcohol en los jóvenes. Recuperado de <http://fare.es/uploads/pdfs/6d19433b0de258d3399a764ebaa80d89.pdf>
- Federación de Alcohólicos Rehabilitados de España (2010). *Guía de buenas prácticas*. Valencia: FARE.
- Jiménez-Iglesias, A., Moreno, C., Oliva, A. y Ramos, A. (2012). Evaluación de la implementación de dos programas de prevención de drogodependencias en el sistema educativo andaluz: Dino y Prevenir para Vivir. *Revista de Educación*, 358, 334-356.

- Junta de Castillo y León (2012). Modelo de formación del profesorado para la aplicación de los programas “Discover” y “Construyendo Salud”. Recuperado de <http://www.educa.jcyl.es/es/programas/programas-prevencion-escolar-consumo-drogas>
- Kaper, N., Swennen, M., van Wijk, A., Kalkman, N. van Rheenen, N., van der Graaf, Y. y van der Heijden, G. (2015). The “evidence-based practice inventory”: reliability and validity was demonstrated for a novel instrument to identify barriers and facilitators for Evidence Based Practice in health care. *Journal of Clinical Epidemiology*, 68(11), 1261-1269.
- Londoño, C. y Vinaccia, S. (2005). Prevención del abuso en el consumo de alcohol en jóvenes universitarios: lineamientos en el diseño de programas costo-efectivos. *Psicología y Salud*, 2, 241-249
- Messer, S.B. (2016). Evidence-Based Practice. En *Encyclopedia of Mental Health* (2.^a ed., pp. 161-169). Nueva York: Elsevier.
- Ministerio de Salud de Chile (2005). *Guía clínica: detección y tratamiento del consumo problemático y la dependencia al alcohol y otras sustancias psicoactivas en la atención primaria*. Santiago de Chile: Autor.
- Moriana, J. y Martínez, V. (2011). La psicología basada en la evidencia y el diseño y evaluación de tratamientos psicológicos eficaces. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 16(2) 81-100.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2011). Estrategia Mundial para Reducir el Consumo de Alcohol. Recuperado de http://www.who.int/substance_abuse/activities/msbstrategy.pdf
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2010). La política de drogas y el bien público. Recuperado de http://www.cicad.oas.org/fortalecimiento_institucional/planesnacionales/docs/La%20politica%20de%20drogas%20y%20el%20bien%20publico.pdf
- Prochaska, J. O. y Norcross, J. C. (2010). *Systems of psychotherapy: A transtheoretical analysis* (7.^a ed.). Pacific Grove: Brooks/Cole
- Prochaska, J. O., Norcross, J. C. y DiClemente, C. C. (1995). *Changing for good*. Nueva York: Avon.
- Trull, T. y Phares, J. (2003). *Psicología clínica: conceptos, métodos y aspectos prácticos de la profesión*. Ciudad de México: Paraninfo.
- Zarco, J., Caudevilla, F., López, A., Álvarez, J. y Martínez, S. (2007). *Actuar es posible: el papel de la atención primaria ante los problemas de salud relacionados con el consumo de drogas*. Barcelona: Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria.

4

PACTOS POR LA VIDA: UNA ESTRATEGIA PARA REDUCIR EL CONSUMO PROBLEMÁTICO DE ALCOHOL

Luis Flórez Alarcón*

Helena Vélez Botero**

Angélica María Claro Gálvez***

Pactos por la Vida: Saber Vivir/Saber Beber (PpV) es un programa de prevención integral (Comisión Interamericana para el Control el Abuso de Drogas [CICAD], 2007) multimodal del consumo abusivo alcohólico, generado desde los procesos de investigación científica realizados en el grupo Estilo de Vida y Desarrollo Humano de la Universidad Nacional de Colombia. PpV incorpora, desde la perspectiva del aprendizaje social, componentes que actúan sobre múltiples factores personales y socioculturales causales del consumo problemático de alcohol (CPA), dentro de los cuales otorga gran relevancia a las motivaciones. Este programa pretende formar alianzas interinstitucionales para transformar la cultura de consumo de alcohol, a través de estrategias que se enfocan en los ejes de autorregulación, regulación social y control normativo; de esta manera se disminuye el daño y se minimizan los riesgos asociados al consumo abusivo.

El término *Pactos por la Vida* hace referencia a la búsqueda de acuerdos entre diversas instancias sociales que tienen un papel sustancial en la cadena de eventos conducentes a la producción, la comercialización y el consumo de bebidas alcohólicas, con la finalidad de que ese consumo se dé en condiciones que no atenten contra la vida de los consumidores; enfatiza en la necesidad de prevenir y mitigar las múltiples consecuencias negativas potenciales que el consumo de alcohol representa para

* Doctorado en Psicología por la Universidad Autónoma de México; director del grupo de investigación Estilo de Vida y Desarrollo Humano, adscrito a la Facultad de Ciencias Humanas de la Universidad Nacional de Colombia. Correo electrónico: luisflorez@cable.net.co

** Magister en Psicología por la Universidad Nacional de Colombia; coordinadora del grupo de investigación Estilo de Vida y Desarrollo Humano, adscrito a la Facultad de Ciencias Humanas de la Universidad Nacional de Colombia. Correo electrónico: hjelezb@unal.edu.co

*** Especialista en Psicología Médica y de la Salud por la Universidad El Bosque; estudiante del doctorado en Salud Pública de la Universidad Nacional de Colombia. Forma parte del grupo de investigación Estilo de Vida y Desarrollo Humano, adscrito a la Facultad de Ciencias Humanas de la Universidad Nacional de Colombia. Correo electrónico: amclarog@unal.edu.co

la salud y para el bienestar de los consumidores y de las personas relacionadas en su entorno social; consecuencias que configuran un problema de salud pública en situaciones de comportamiento altamente prevalente (CPA), como sucede actualmente en Colombia.

Ahora bien, en Colombia el fenómeno del consumo de alcohol forma parte de la cotidianidad, y pese al constante reconocimiento de los efectos nocivos del consumo de alcohol, en la última década se reporta un incremento del uso de bebidas alcohólicas, sin distinción de género y caracterizado por una disminución importante en la edad de inicio del consumo, lo cual se acentúa dada la legalidad en la comercialización de esta sustancia y el sostenimiento sociocultural de los parámetros de consumo. En este sentido, un consumo moderado de alcohol (CMA) y la implementación de estrategias que lo contrapongan al consumo abusivo, como una meta que se puede proponer de forma realista, razonable y sostenible, en la búsqueda de soluciones a la problemática de salud pública planteada, constituyen aspectos definitorios de la naturaleza y los objetivos de PpV.

De esta manera, la alusión al “Saber Vivir/Saber Beber” implica un reconocimiento de la experiencia de las personas, del valor de la cultura y del papel de las realidades propias del contexto colombiano. Así pues, PpV parte del hecho de que las personas consumidoras de alcohol, que representan un porcentaje muy alto de la población, tienen algunas ideas básicas acerca de *qué* es beber bien, y practican de manera más o menos consciente algunas estrategias que les permiten responder a *cómo* hacer para beber bien.

Por esta razón, el programa profundiza en el conocimiento de qué es beber bien, responsable o moderadamente, y centra la mayor parte de su atención en el desarrollo de habilidades y de competencias que les permitan a las personas darle curso al proceso de autorregulación motivacional hacia cómo “beber bien”, con el fin de que se resuelva favorablemente el conflicto entre hacer o no hacer (Flórez-Alarcón, 2007) un consumo de bebidas alcohólicas que propenda a la calidad de vida, disminuya los riesgos y evite los daños generados por esta práctica. Fomentar la motivación de la gente para que se decida por la abstinencia o por hacer un buen consumo (consumo moderado) es la meta de toda la labor preventiva realizada en el marco de PpV.

Pactos por la Vida: un programa de corte motivacional

Las acciones que realizan las personas están influenciadas por una amplia gama de variables, entre las cuales se destaca la motivación (Conner y Norman, 2005; Córdoba, 2006; Flórez-Alarcón, 2007), entendida como un proceso psicológico de tipo disposicional que da inicio a una acción con dirección al logro de un objetivo particular

(Palmero, Martínez-Sánchez y Fernández-Abascal, 2002); de tal suerte, los comportamientos motivados son producto de cambios en las expectativas y las valencias, y ello hace de la intencionalidad el principal componente motivacional para el cambio (Eccles, 2002; Heckhausen y Gollwitzer, 1987).

En este sentido, la persona es vista como agente causal de sus acciones (Barberá, 2002), y por ello la motivación —particularmente la de tipo intrínseco (Palmero, 2005)— se materializa en una actividad manifiesta de forma voluntaria y espontánea, cuyo carácter propositivo implica que la acción es incitada por planes, metas y objetivos (Heckhausen y Gollwitzer, 1987).

Desde esta perspectiva, el comportamiento sigue un curso lógico que inicia con una etapa motivacional propiamente dicha, en la cual, con la intermediación de procesos cognitivos, se avanza hacia la acción durante tres momentos: a) *estímulo*, esto es, un estímulo interno o externo indica la presencia de una necesidad insatisfecha; b) *predicción*, momento en el cual el individuo crea expectativas de reforzamiento, resultado y autoeficacia con respecto a la acción; y c) *decisión*, referida a la elaboración de balances y la valoración de estos para determinar el curso de la acción (hacer o no hacer) (Heckhausen y Gollwitzer, 1987; Heckhausen y Heckhausen, 2008). Esta fase es seguida por un punto crítico (Heckhausen, 1991) que da paso hacia la fase volitiva, a través de la formulación de intenciones de acción para afrontar emocional o instrumentalmente la necesidad detectada.

La etapa volitiva de las intenciones se materializa en acciones con el desarrollo de los procesos de: a) *preacción*, centrada en la planeación de cómo se llevará a cabo el comportamiento, y b) *acción*, que implica la realización de una conducta particular en busca del logro de la meta preestablecida (Gollwitzer, 1990, 1999; Heckhausen y Heckhausen, 2008). Finalmente, el proceso motivacional retoma la etapa motivacional con la fase de *postacción*, en la cual los individuos se centran en la evaluación de la acción realizada y el establecimiento de atribuciones con respecto a los resultados y las consecuencias obtenidas con la realización de la acción, las cuales permitirán que el comportamiento implementado se mantenga o se extinga (Gámez y Marrero, 2006; Heckhausen y Heckhausen, 2008).

En línea con lo anterior, y tomando como referencia los planteamientos de la teoría de autodeterminación (Deci y Ryan, 1985), la calidad y la persistencia de la motivación son determinadas por el locus de causalidad de las personas; de esta manera, si el locus es identificado como externo, las conductas son controladas o reguladas externamente, mientras que si es considerado interno, las conductas son autodeterminadas o autónomas (Deci y Ryan, 1996), motivadas intrínsecamente, lo cual implica que las personas tienden a estar más involucradas y a experimentar resultados más

favorables que en el primer caso (Deci y Ryan, 1991, 1996, 2000; Nix, Ryan, Manly y Deci, 1999; Ryan y Deci, 2000a).

De acuerdo con Ryan y Deci (2000a, 2000b), las conductas pueden gradualmente llegar a ser autónomas a través del proceso de internalización, el cual implica que en la medida en que las personas acepten el valor y la importancia de una actividad determinada, establezcan bases para una regulación autónoma, la cual se logrará en tanto el comportamiento se conciba como una decisión propia (Gagné y Forest, 2008; Ryan y Deci, 2000a, 200b). En este sentido, el autocontrol del comportamiento adquiere el carácter de elemento esencial para el cambio comportamental, en la medida en que es posible fomentarlo, entendiéndolo como la habilidad de una persona para dirigir, de forma autónoma y activa, acciones deliberadas hacia el logro de metas particulares, teniendo conocimiento y control sobre los factores internos y externos asociados (Mahoney y Thorensen, 1974).

Tal como se ha expuesto hasta el momento, los planteamientos acerca de la motivación y la autodeterminación del comportamiento resultan fundamentales en el marco de la estructura interventiva de PpV, que, como un programa de corte motivacional, plantea una metodología integral y sistemática dirigida a la modificación de los factores subyacentes al proceso motivacional asociado al CPA, con el fin de fomentar el afrontamiento emocional y el afrontamiento instrumental requerido para la realización de acciones que apunten a la consecución de la moderación como necesidad manifiesta. El esquema preventivo de PpV tiene como pilar la implementación de intervenciones motivacionales para el cambio, cuyo objetivo es el logro de la internalización de la importancia de la conducta de moderación en el consumo de alcohol y la integración de esta acción a las metas personales, para el logro del cambio efectivo y sostenido.

Así pues, se parte de un enfoque motivacional, desde el conocimiento de qué es beber bien, responsable o moderadamente, con el objetivo de desarrollar habilidades y de competencias que les permitan a las personas darle curso al proceso de autorregulación motivacional hacia el cómo “beber bien”, en función de que se resuelva favorablemente el conflicto entre *hacer o no hacer* (Flórez-Alarcón, 2007) un buen consumo de las bebidas alcohólicas. Por ello, PpV establece los siguientes criterios para dar estructura al programa:

- a) *El consumo abusivo como blanco principal de intervención.* PpV propone como objetivo general de intervención fomentar la moderación del consumo de alcohol, o consumo no-excesivo, aunado a la mitigación del daño y la minimización de los riesgos en condiciones de alto consumo (Flórez-Alarcón, 2009).

- b) *Prevención integral.* PpV toma en cuenta las diversas formas de consumo y las distintas modalidades preventivas que son adecuadas. A partir de la caracterización del consumo como *moderado, de riesgo, excesivo y dependiente*, PpV integra modalidades de prevención *universal, selectiva e indicada*, que generan motivación para el mantenimiento o el logro del consumo moderado de alcohol (CICAD 2007).
- c) *Basada en la educación para la salud.* PpV es un programa de educación para la salud (Polaino-Lorente, 1987; Restrepo, 2001); como programa de “educación” propone el logro de cambios reales y permanentes en las prácticas de la gente frente al consumo de alcohol, y como programa de “salud” propone el fomento de la calidad de vida. Como fundamento metodológico de este enfoque, PpV adopta el modelo Precede-Proceed (Green y Kreuter, 2005) de educación para la salud.
- d) *Multinivel sistémico.* PpV es un programa que incorpora, con base en consideraciones ecológicas de tipo sistémico, componentes proyectados para realizarse en múltiples escenarios sociales que son de alta relevancia para el consumo de alcohol, incorporando una participación activa de la gente congregada en esos escenarios, a saber: 1) los escenarios comunitarios, especialmente los de alto consumo; 2) los escenarios escolares; 3) el escenario laboral, y e) el escenario familiar (Bronfenbrenner, 1977, 2004; Flórez-Alarcón, 2007).
- e) *Multifactorial.* PpV incorpora componentes que, en consonancia con su carácter multinivel, actúan sobre múltiples factores personales y socioculturales causales del consumo abusivo alcohólico. Dentro de ellos confiere especial importancia a los factores motivacionales propuestos por las teorías del aprendizaje social, que han surgido en la tradición cognitiva de expectativa/valor en psicología (Flórez-Alarcón, 2009).
- f) *Estructurado y basado en la evidencia.* PpV propone estructuras o procedimientos de intervención objetivos y replicables, los cuales garantizan el impacto inmediato y el resultado a largo plazo de las acciones preventivas, evidenciados en la afectación de múltiples indicadores (incidencia, prevalencia, habilidades, accidentalidad, morbilidad, calidad de vida, entre otros). Esas estructuras se traducen en objetivos particulares de una determinada estrategia interactiva (taller, comunicación masiva, entre otras), asociados a una modalidad particular de prevención (universal, selectiva o indicada), y en objetivos específicos asociados a los factores motivacionales que deben ser afectados para el logro del cambio, mediante la puesta en práctica en un determinado ámbito o escenario de acción de dinámicas de intervención altamente participativas, inspiradas en

el bagaje de técnicas representadas por los procesos vivenciales y conductuales propuestos por el modelo transteórico de cambio (Flórez-Alarcón, 2000, 2007; Prochaska, Norcross y DiClemente, 1994).

- g) *Permanente*. PpV se propone como una acción comunicacional múltiple (*mass media*, talleres, conferencias, normas, etc.) que de forma permanente les llega a las personas que consumen alcohol, atendiendo a los diversos tipos de consumo y a las diversas modalidades preventivas que incluye (Flórez-Alarcón, 2009).
- h) *Intersectorial*. PpV es un programa de prevención multimodal del consumo abusivo alcohólico que compromete a múltiples sectores públicos y privados (ministerios y secretarías de Salud, de Educación, de Gobierno, Bienestar Familiar, Fondo de Prevención Vial [FPV], productores y comercializadores de licores, sitios de rumba, bienestar universitarios, secretarías de Tránsito, Policía, etc.), sin cuyo concurso es poco factible el logro del impacto y del resultado esperados (Flórez-Alarcón, 2009).

Características del programa Pactos por la Vida

Como estrategia de educación para la salud, PpV incluye acciones dirigidas a modificar los factores responsables del CPA identificados de manera probada, en coherencia con modelos explicativos que hayan obtenido suficiente respaldo en la evidencia empírica. Para tal fin, se asumen tres modelos conceptuales de alta compatibilidad epistemológica y teórica para dar sustento a la toma de decisiones en diferentes niveles de la programación de acciones preventivas del CPA y de mitigación del daño inducido por este. Estos tres modelos, de los que se derivan operaciones sinérgicas, son: a) un modelo de educación para la salud, b) un modelo motivacional y c) un modelo interventivo de naturaleza breve.

Pactos por la Vida: el modelo de educación para la salud

PpV adopta Precede-Proceed (Green y Kreuter, 2005) como modelo de educación para la salud, que contextualiza y engloba todas las acciones que deben realizarse, teniendo como base su naturaleza psicosocial de corte motivacional en educación para la salud. Esto se debe a que aborda los comportamientos dentro del proceso salud-enfermedad como acciones voluntarias complejas de naturaleza propositiva, que se tornan en factores de protección o en factores de riesgo relevantes para la vida o para la morbi-mortalidad; además hace énfasis en la participación comunitaria, lo que implica que la gente asuma una posición activa en el diseño y la planificación de las acciones educacionales, y a la vez es un elemento que aporta al compromiso con estas (Davies y Kepford, 2006; Green y Kreuter, 2005; Trifiletti, Gielen, Sleet y Hopkins, 2005).

Este es un modelo de educación para la salud frecuentemente utilizado en el mundo para programar acciones de promoción y de prevención en el ámbito de la salud, cuyo planteamiento de fases diagnósticas en *Preced* y de fases de implementación y de evaluación en *Proceed* permite dar estructura y coherencia sistemáticas a las acciones de prevención y de mitigación que se emprendan, especialmente por su orientación hacia el manejo de factores predisponentes y reforzantes del daño, así como de factores habilitantes de las soluciones, lo cual arroja lineamientos claros acerca del tipo de acciones admisibles y recomendables en este contexto de educación para la salud. En este sentido, el proceso educacional que se incorpora en PpV sigue la lógica de las fases propuestas por *Precede-Proceed*, de la siguiente forma:

- a) *Diagnóstico social*. Se refiere a la evaluación de las problemáticas personales y sociales relacionadas con el CPA en el medio particular en que se va a realizar la acción educacional; se reconocen tanto las consecuencias que afectan de forma negativa a los indicadores objetivos de desarrollo humano (ingreso per cápita, expectativa de vida y niveles de educación de la población) como los indicadores subjetivos de bienestar personal o de logro de las metas propias del sentido de vida de cada persona (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2006).
- b) *Diagnóstico epidemiológico*. Se refiere a las consecuencias de morbi-mortalidad asociadas al CPA, incluyendo tanto las problemáticas fisiológicas y sistémicas directamente causadas por el consumo abusivo de alcohol como el rol del alcohol como factor de riesgo de enfermedades transmisibles y de enfermedades crónicas no transmisibles, y su asociación a lesiones de diversa naturaleza sufridas en accidentes y en episodios de violencia ocasionados por el alcohol, al igual que por su asociación con el suicidio.
- c) *Diagnóstico conductual y medioambiental*. Hace referencia al tipo de comportamientos y al tipo de circunstancias medioambientales, físicas y sociales que se asocian al CPA. Así pues, desde el punto de vista del consumo, la totalidad de bebedores se pueden clasificar respecto del riesgo inherente a su comportamiento mediante la aplicación de pruebas breves de tamizaje (Babor et al., 2001; Chan, 1994). En cuanto a las condiciones medioambientales, deben considerarse las particularidades del mesosistema asociadas al consumo en contextos particulares (p. ej.: familiar, escolar, laboral, barrial, entre otros), así como las características del exosistema, referido a las relaciones sociales de producción, y las condiciones del macrosistema, correspondiente a la cultura regional y nacional (Bronfrenbrenner, 2004).
- d) *Diagnóstico educacional*. Se realiza con el fin de identificar los factores que deben modificarse para iniciar y sostener el proceso de cambio conductual y

medioambiental, entre los que se cuentan: 1) los factores predisponentes que incluyen los conocimientos, las actitudes, las creencias, los valores y las percepciones en general de las personas y de la comunidad que favorecen o desfavorecen tanto el CPA como el CMA; 2) los factores reforzantes del consumo alcohólico principalmente asociados a la interacción social, y 3) los factores habilitantes, referidos a las capacidades personales y sociales con las que se debe contar para la toma de decisiones promotoras del CMA.

- e) *Diagnóstico político y administrativo.* En cada medio regional o local existen condiciones particulares que determinan las posibilidades de implementación de PpV, ya sea por las legislaciones específicas, por la disponibilidad de recursos, por la sensibilidad social frente a la problemática del consumo de alcohol, por la disponibilidad de personal formado para la educación en salud, etc. Estos condicionantes deben ser contemplados por los líderes del programa educacional, pues pueden representar obstáculos y barreras o, por el contrario, elementos potenciadores para la implementación de unos procedimientos u otros en alguna versión de PpV.
- f) *Implementación y evaluación de proceso.* Una vez concluida la fase Precede, que culmina con el diseño de las intervenciones específicas, se procede a su implementación, que debe seguir de la forma más fiel posible la estructura de acciones y procedimientos previstos. Sea cual fuere la intervención o el grupo de intervenciones, esta estructuración y su replicabilidad no son solo directrices de diseño; se trata de condiciones necesarias para garantizar la coherencia con el diagnóstico educacional adoptado, a fin de poder evaluar la eficacia y la eficiencia de la intervención.
- g) *Evaluación de impacto y de resultado.* El impacto es entendido como el efecto inmediato de una acción educacional, en tanto el resultado es concebido como las consecuencias a corto, mediano y largo plazo de dicha acción. El impacto y el resultado son aspectos susceptibles de evaluación objetiva que coinciden con elementos o variables ya detectados en las fases diagnósticas precedentes. Así pues, el impacto de una intervención cualquiera debe reflejarse de manera inmediata en la modificación de los factores predisponentes, reforzantes y habilitadores

Por su parte, el resultado se debe reflejar a corto plazo en las consecuencias de la acción educativa sobre los comportamientos descritos en el diagnóstico conductual o sobre las condiciones del medio descritas en el diagnóstico medioambiental; a mediano plazo, debe evidenciarse en la modificación de los indicadores descritos en el diagnóstico epidemiológico, y a largo plazo debe manifestarse en modificaciones

de indicadores más globales, sujetos a otras determinaciones diversas, como son los indicadores de calidad de vida y de desarrollo humano, pero, sobre todo, de los indicadores de calidad de vida percibida más próximos al consumo de alcohol que se hayan detectado en el diagnóstico social.

Pactos por la Vida: el modelo motivacional

El consumo de alcohol se aborda en PpV, desde la óptica del aprendizaje social (Bandura, 2001), como un comportamiento esencialmente voluntario y propositivo; es decir, como una acción que las personas realizan guiadas por un conjunto de expectativas acerca de los resultados que esperan obtener mediante su ejecución. Se considera entonces que los consumidores no actúan de forma automática; por el contrario, son tomadores activos de decisiones susceptibles de determinación autónoma. De esta manera, para que el consumo de alcohol pase de ser una elección reactiva, relativamente automática e inconsciente, a una decisión proactiva, más consciente y elaborada a partir de juicios, los consumidores deben acceder a niveles de conocimiento y deliberación sobre las condiciones y expectativas subyacentes a esa elección.

Dado lo anterior, PpV acoge un modelo de cognición social que propone un conjunto de procesos psicológicos motivacionales, a la manera de variables intervinientes entre el medio sociocultural y el comportamiento individual, que explican la disponibilidad personal a la ejecución de comportamientos habituales a partir de la formación de expectativas por parte de la persona en su medio social y cultural, tales como las expectativas de resultado y de autoeficacia (Bandura, 2001).

Así pues, dentro de las diversas microteorías existentes, se toma como una de las referencias de PpV la propuesta procesual denominada *teoría de motivación a la protección* (TMP) (Norman, Boer y Seydel, 2005) para identificar los procesos específicos responsables de la motivación hacia el CPA, o bien, hacia la protección frente a los riesgos inherentes al consumo. Estos procesos, de acuerdo con la TMP, se encuentran involucrados tanto en la evaluación cognitiva sobre la amenaza que representan los riesgos del CPA como en la evaluación sobre el afrontamiento eficaz de estos. Tales variables han sido utilizadas en el diseño de mensajes para fomentar la motivación hacia la adopción de comportamientos protectores.

Este sustento teórico permite definir en términos de procesos psicológicos motivacionales algunos de los factores predisponentes al CPA, que se convierten en objetivos específicos de modificación al emprender una acción preventiva concreta y evaluable, mediante el uso de dinámicas igualmente objetivas y replicables, las cuales son también susceptibles de definición y de clasificación en categorías sistemáticas, como las propuestas en términos de procesos de cambio por el modelo transteórico de cambio (Norman, Boer y Seydel, 2005).

Ahora bien, desde el marco de la cognición social y con respecto a la toma de decisiones, la teoría del prospecto (Kahneman, 2012) se contrapone el “pensamiento rápido” que incita al CPA, guiado por algunos sesgos y heurísticos característicos, con el “pensamiento lento” que ofrece una estrategia educativa promotora del CMA, orientada por la modificación de algunos factores cognitivos relevantes en el proceso motivacional que sigue el comportamiento. Desde este marco, se reitera que la autorregulación y la regulación social, en confluencia con el control normativo, constituyen medios que poseen gran capacidad para influir sobre la toma de decisiones personales conducentes a la moderación, con sus consecuentes resultados en términos de reducción de daños y minimización de riesgos.

Como se ha mencionado previamente, la autorregulación personal en situaciones de consumo no solo es un objetivo primordial para PpV, sino también un elemento fundamental para el logro de la convivencia social. Esta habilidad, de acuerdo con las propuestas teóricas de expectativa-valor acerca de la autodeterminación (Deci y Ryan, 2000), implica que la acción se orienta por principios que la persona integra como nociones altamente valoradas que no solo representan una guía de su propia acción, sino que también son difundidas activamente para ser incorporadas en los principios de su medio social y cultural.

De esta forma, se ha construido la cultura prevalente del consumo abusivo de alcohol, pero igualmente puede configurarse una cultura del consumo moderado. La cultura del CPA se ha gestado a través de procesos cognitivos propios del sistema de procesamiento automático, que se fortalecen por los efectos biológicos del alcohol y los múltiples estímulos externos e internos que actúan como incentivos que favorecen el consumo abusivo. Por su parte, el proceso motivacional de la moderación debe guiarse por medio de los procesos cognitivos propios del sistema de procesamiento deliberado, sin contar con los factores que incentivan el consumo abusivo; por ello, el esfuerzo educacional debe enfatizar en el valor y la eficacia de la moderación en conjunto con la amenaza propia del CPA, para propiciar nuevos balances entre expectativas que promuevan la motivación a la protección (Norman, Boer y Seydel, 2005).

Pactos por la Vida: el modelo de intervención breve

La OMS (2010) ha sugerido el uso de intervenciones breves en el marco de diversas acciones incorporadas a la estrategia mundial para el control del daño inducido por el uso nocivo de alcohol. En coherencia con esto, PpV asume como modelo la intervención motivacional (Centro para el Tratamiento de Abuso de Sustancias [CSAT], 1999), concebida como una práctica sustentada en principios científicos acerca del proceso motivacional humano, materializable en procedimientos sistemáticos y replicables.

Así pues, se asume un modelo de intervención breve para la ejecución de procedimientos de prevención, de mitigación del daño y de minimización de los riesgos, que se centra en la realización de acciones susceptibles de implementar en contextos naturales de la vida cotidiana y de atención primaria en salud (Babor y Higgins-Biddle, 2001); en este caso, los contextos donde se realiza el CPA y el CMA, alejándose de los propios de la práctica clínica y enfatizando la necesaria brevedad de dichos procedimientos.

Esta perspectiva se plasma específicamente en la adopción del marco dado por la intervención motivacional breve (IMB). Flórez, Vélez y Rojas (2014) explican en este sentido:

La IM es una metodología sistemática dirigida a la modificación de los factores subyacentes al proceso motivacional, con el fin de fomentar el afrontamiento emocional y el afrontamiento instrumental requerido para la realización de acciones que resuelvan alguna necesidad relevante para la persona; se puede poner en práctica mediante la aplicación de protocolos de intervención breve, que incorporan diversos procedimientos de evaluación y de tratamiento cognitivos y conductuales que son coherentes con ella, en situaciones de normalidad que descartan la presencia de patologías biológicas o psicológicas interferentes con el curso autorregulado de las acciones por parte de la persona, cuyos resultados son susceptibles de evaluación objetiva.

Los objetivos particulares de los procedimientos de intervención motivacional breve que se ponen en práctica en el contexto de PpV van desde la modificación de los factores predisponentes del CPA, sugeridos desde la perspectiva del modelo de motivación a la protección y la modificación de los factores habilitantes del CMA, hasta la modificación de algunos factores reforzantes susceptibles de manejo personal y microsocioal. Dentro de esas estrategias sobresalen aquellas que tienen un amplio respaldo en las labores científicas del grupo de investigación Esilo de Vida y Desarrollo Humano, a saber:

- a) *Consumo seguro*. Referido a un conjunto de procedimientos de prevención indicada del consumo abusivo, propuesto para la mitigación del daño y la minimización de los riesgos, especialmente diseñado para intervenir en ambientes comunitarios que concentran a población consumidora de alcohol, tales como los bares, las cantinas, las tiendas barriales, el espacio público, entre otros.
- b) *Autoayuda dirigida*. Una estrategia de prevención indicada del consumo abusivo, propuesta para intervenir en escenarios escolares —especialmente en el ámbito universitario— y laborales, con población previamente detectada como consumidores excesivos mediante la práctica de tamizajes de riesgo (Gantiva, 2007).

- c) *CEMA-PEMA*. Es una estrategia de prevención selectiva del consumo abusivo, dirigida especialmente a población en riesgo, diseñada para intervenir en el ámbito de estudiantes de secundaria en los grados noveno a undécimo, que se han detectado como los momentos críticos de inicio del consumo abusivo de alcohol (Flórez-Alarcón, 2007; Flórez-Alarcón y Vélez-Botero, 2010).
- d) *Núcleos de Educación Social (NES)*. Es una estrategia de investigación-acción participativa, especialmente diseñada para intervenir escenarios escolares y barriales, con el propósito de realizar prevención universal del consumo abusivo alcohólico y favorecer la incorporación cultural de nuevos estilos de vida frente al consumo de alcohol (García Sánchez, 2005, 2006a, 2006b, 2006c; García Sánchez y Guerrero Barón, 2012).

A las anteriores estrategias se suma la intervención estructurada mediante comunicaciones a través de medios masivos, con propósitos de prevención universal, selectiva o indicada, dentro de presupuestos establecidos por las teorías de motivación a la protección, que sirven como marco teórico y metodológico para el diseño de la estrategia comunicacional (Flórez-Alarcón, 2009). Asimismo, se contempla la formación de competencias sociales como estrategia de promoción de factores protectores y complemento a las acciones de prevención universal de los factores de riesgo asociados al inicio del consumo y al escalonamiento hacia el consumo abusivo, mediante la implementación del programa “Competencia Social y Salud Escolar” (Flórez-Alarcón y Sarmiento, 2004; Flórez-Alarcón, 2015; Vélez-Botero y Flórez-Alarcón, 2015).

Referencias

- Babor, Th. y Higgins-Biddle, J. C. (2001). *Intervención breve para el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol: un manual para la utilización en atención primaria*. Valencia: Generalitat Valenciana y Organización Mundial de la Salud.
- Babor, Th., Higgins-Biddle, J. C., Saunders, J. B. y Monteiro, M. G. (2001). *AUDIT. Cuestionario de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol: Pautas para su utilización en atención primaria*. Valencia: Generalitat Valenciana y Organización Mundial de la Salud.
- Bandura, A. (2001). Social cognitive theory: An agentic perspective. *Annual Review of Psychology*, 52, 1-26.
- Barberá, E. (2002). Marco conceptual e investigación de la motivación humana. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*, 2(1). Recuperado de <http://reme.uji.es/articulos/abar-be7630705102/texto.html>
- Bronfenbrenner, U. (1977). Toward an experimental ecology of human development. *American Psychologist*, 32(7), 513-531.
- Bronfenbrenner, U. (2004). *Making human beings human: bioecological perspectives on human development*. Thousand Oaks: Sage Publications.

- Chan, A. W. (1994). Detection by the CAGE of alcoholism or heavy drinking in primary care outpatients and the general population. *Journal of Substances Abuse*, 6(2), 123-135.
- Comisión Interamericana para el Control el Abuso de Drogas (CICAD) (2007). Página web. Recuperado de <http://www.cicad.oas.org/es/default.asp>
- Conner, M. y Norman, P. (Eds.) (2005). *Predicting Health Behaviour*. Londres: Open University Press.
- Córdoba, A. (2006). La cognición y la motivación humana. *Boletín Electrónico de Salud Escolar*, 2(2), 1-22. Recuperado de http://www.tipica.org/pdf/03_cordoba_cognicion_motivacion_humana.pdf
- Davies, M. y Kepford, J. (2006). Planning a health promotion intervention. En M. Davies y W. Macdowall (Eds.), *Health promotion theory*. Londres: Open University Press.
- Deci, E. L. y Ryan, R. M. (1985). The general causality scale: Self-determination in personality. *Journal of Research in Personality*, 19, 109-134.
- Deci, E. L. y Ryan, R. M. (1991). A motivational approach to self: Integration in personality. En R. Dienstbier (Ed.), *Nebraska symposium on motivation (Vol. 38. Perspectives on motivation)*; pp. 237-288). Lincoln: Universidad de Nebraska Press.
- Deci, E. L. y Ryan, R. M. (1996). Need satisfaction and the self-regulation of learning. *Learning and Individual Differences*, 8, 165-183.
- Deci, E. L. y Ryan, R. M. (2000). The “what” and “why” of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*, 11, 227-268.
- Eccles, J. (2002). Motivational beliefs, values, and goals. *Annual Review of Psychology*, 53, 109-132.
- Flórez-Alarcón, L. y Sarmiento, D. M. (2004). Programa “TÍPICA” para la promoción de factores psicosociales de protección, mediante la educación para la salud en la escuela. *Revista Colombiana de Psicología*, 13, 113-128.
- Flórez-Alarcón, L. (2000). Análisis del consumo de alcohol, con fundamento en el modelo transteórico, en estudiantes universitarios. *Acta Colombiana de Psicología*, 4, 79-98.
- Flórez-Alarcón, L. (2003). Cuestionario de Etapas Integrado a un Programa (CEMA- PEMA) para la modificación del consumo abusivo de alcohol: evaluación de etapas y de variables intermediarias. *Acta Colombiana de Psicología*, 9, 83-104.
- Flórez-Alarcón, L. (2007). *Psicología social de la salud*. Bogotá: Manual Moderno.
- Flórez-Alarcón, L. (2009). *Pactos por la vida. Saber Vivir/Saber Beber*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Flórez-Alarcón, L. (2015). El modelo de competencia social en el diseño de un programa de salud escolar aplicado en colegios públicos de Bogotá. *Boletín Electrónico de Salud Escolar*, 11(2). Recuperado de <http://www.tipica.org/media/system/articulos/vol11N2/A1.%20El%20modelo%20de%20CS.pdf>
- Flórez-Alarcón, L. y Vélez-Botero, H. (2010). Efecto de la sensibilización pretest en una intervención de prevención selectiva del abuso alcohólico. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, 1(1).

- Flórez-Alarcón, L., Vélez-Botero, H. y Rojas-Russell, M. (2014). Intervención motivacional en psicología de la salud: revisión de sus fundamentos conceptuales, definición, evolución y estado actual. *Psychologia: Avances de la Disciplina*, 8(2), 49-71.
- Gagné, M. y Forest, J. (2008). The study of compensation systems through the lens of self-determination theory: reconciling 35 years of debate. *Canadian Psychology*, 49(3), 225-232.
- Gámez, E. y Marrero, H. (2006). *¿Por qué hacemos lo que hacemos? Dimensiones básicas de la motivación*. Madrid: Idea.
- Gantiva, C. A. (2007). Evaluación y disseminación de un programa motivacional breve para consumidores abusivos de alcohol. En L. Echeverría-Sanvicente, V. C. Carrascoza y M. L. Reidl (comps.), *Prevención y tratamiento de conductas adictivas* (pp. 223-236). Ciudad de México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- García Sánchez, B. (2005). Los núcleos de educación familiar: redes de apoyo social para la prevención de las violencias microsociales (primera parte). *Boletín Electrónico de Salud Escolar*, 1. Recuperado de http://www.tipica.org/pdf/15_nef_01.pdf
- García Sánchez, B. (2006a). Los núcleos de educación familiar: redes de apoyo social para la prevención de las violencias microsociales (segunda parte). *Boletín Electrónico de Salud Escolar*, 2. Recuperado de http://www.tipica.org/pdf/nef_2.pdf
- García Sánchez, B. (2006b). Los núcleos de educación familiar: redes de apoyo social para la prevención de las violencias microsociales (tercera parte). *Boletín Electrónico de Salud Escolar*, 2. Recuperado de http://www.tipica.org/index.php?option=com_content&view=article&id=75:family&catid=25:familycat
- García Sánchez, B. (2006c). Los núcleos de educación familiar: redes de apoyo social para la prevención de las violencias microsociales (cuarta parte). *Boletín Electrónico de Salud Escolar*, 2. Recuperado de http://www.tipica.org/pdf/garcia_4_nef.pdf
- García Sánchez, B. y Guerrero Barón, F. J. (2012). *Núcleos de Educación Social (NES)*. Bogotá: Universidad Distrital Francisco José de Caldas.
- Gollwitzer, P. M. (1990). Action phases and mind sets. En E. T. Higgins y R. M. Sorrentino (Eds.), *Handbook of motivation and cognition: foundations of social behavior* (vol. 2, pp. 53-92). Nueva York: The Guilford Press.
- Gollwitzer, P. M. (1999). Implementation intentions: Strong effects of simple plans. *American Psychologist*, 54(7), 493-503
- Green, L. W. y Kreuter, M. W. (2005). *Health promotion planning: an educational and environmental approach* (4.ª ed.). Nueva York: McGraw-Hill.
- Heckhausen, H. y Gollwitzer, P. M. (1987). Thought contents and cognitive functioning in motivational versus volitional states of mind. *Motivation and Emotion*, 11, 101-120
- Heckhausen, H. (1991). *Motivation and action*. Nueva York: Springer-Verlag.
- Heckhausen, H. y Heckhausen, J. (Eds.). *Motivation and Action*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Kahneman, D. (2012). *Pensar rápido, pensar despacio*. Barcelona: Random House Mondadori.
- Mahoney, M. J. y Thorensen, C. E. (1974). *Self-control: power to the person*. Belmont: Wadsworth Publishing Company.

- Nix, G., Ryan, R. M., Manly, J. B. y Deci, E. L. (1999). Revitalization through self-regulation: The effects of autonomous and controlled motivation on happiness and vitality. *Journal of Experimental Social Psychology*, 35, 266-284.
- Norman, P., Boer, H. y Seydel, E. R. (2005). Protection motivation theory. En M. Conner y P. Norman (Eds.), *Predicting Health Behaviour* (2.^a ed., pp. 81-121). Buckingham: Open University Press.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2006). Comité de expertos de la OMS en problemas relacionados con el consumo de alcohol. Ginebra: Autor.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2010). *Estrategia mundial para reducir el uso nocivo de alcohol*. Ginebra: Autor.
- Palmero, F. (2005). Motivación: Conducta y Proceso. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*, 8(20-21). Recuperado de <http://reme.uji.es/articulos/numero20/1-palmero/reme.numero.20.21.motivacion.conducta.y.proceso.pdf>
- Palmero, F., Martínez-Sánchez, F. y Fernández-Abascal, E. (2002). El proceso motivacional. En F. Palmero, E. Fernández-Abascal, F. Martínez y M. Chóliz (Eds.), *Psicología de la motivación y la emoción* (pp. 35-55). Madrid: McGraw-Hill.
- Polaino-Lorente, A. (1987). *Educación para la salud*. Barcelona: Herder.
- Prochaska, J. O. y Prochaska, J. M. (1993). Modelo transteórico de cambio para conductas adictivas. En M. C. Brugué y M. Gossop (Eds.), *Tratamientos psicológicos en drogodependencias: recaída y prevención de recaídas* (pp. 85-135). Barcelona: Ediciones en Neurociencias.
- Prochaska, J. O., Norcross, J. C. y DiClemente, C. C. (1994). *Changing for Good*. Nueva York: Avon Books.
- Restrepo, H. E. (2001). Conceptos y definiciones. En H. E. Restrepo y H. Málaga (Eds.), *Promoción de la salud: cómo construir vida saludable* (pp. 24-32). Bogotá: Editorial Médica Panamericana.
- Ryan, R. M. y Deci, E. L. (2000a). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development and well-being. *American Psychologist*, 55, 68-78.
- Ryan, R. M. y Deci, E. L. (2000b). Intrinsic and extrinsic motivations: Classic definitions and new directions. *Contemporary Educational Psychology*, 25, 54-67.
- Centro para el Tratamiento de Abuso de Sustancias (CSAT) (1999). *Enhancing motivation for change in substance abuse treatment*. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK64967/>
- Trifiletti, L. B., Gielen, A. C., Sleet, D. A. y Hopkins, K. (2005). Behavioral and social sciences theories and models: Are they used in unintentional injury prevention research? *Health Education Research*, 20(3), 298-307.
- Vélez-Botero, H. y Flórez-Alarcón, L. (2015). Aplicación del programa “Competencia Social y Salud Escolar” (CSSE) en colegios públicos de Bogotá por un grupo de investigación de la Universidad Nacional de Colombia. *Boletín Electrónico de Salud Escolar*, 11(2). Recuperado de <http://www.tipica.org/media/system/articulos/vol11N2/A2.%20Aplicaci%C3%B3n%20del%20programa%20CSSE.pdf>

5

¿ES EL PROGRAMA PACTOS POR LA VIDA UNA EXPERIENCIA DE PREVENCIÓN BASADA EN LA EXPERIENCIA?

Karen Liseth Cabarcas Acosta*

Constanza Londoño Pérez**

Laura Viviana Gómez Vanegas***

Luis Alberto Salinas Loaiza****

La historia de la prevención del consumo de alcohol y otras sustancias en el continente suramericano inicia alrededor de los años cuarenta; sin embargo, la evolución y el desarrollo de la prevención no ha sido constante, ya que en la mayoría de los países ha estado vinculada a los intereses particulares de quienes se encuentran a la cabeza de los gobiernos. Por ello, en general, no se ha visto la necesidad de ser incluida dentro de las políticas de Estado, según los argumentos de que la prevención del consumo del alcohol y otras drogas en realidad es inocua. No obstante, ya se ha comprobado que cuando los programas de prevención son instrumentados a través de estrategias mantenidas a largo plazo, con acciones multinivel no centradas en un aspecto del problema y que incluyen a los diversos actores relacionados con la aparición y el mantenimiento del problema, se aumenta de manera importante la probabilidad de éxito. Así se ha observado en las experiencias preventivas de países como Argentina, Brasil y Colombia (Pérez-Gómez, 2015).

La historia de la prevención en Colombia no es reciente. Si bien en el país se han implementado diversos programas de prevención generales del consumo de drogas y específicos del consumo de alcohol, muchos de estos intentos han tenido resultados limitados. Ejemplo de ello son los programas realizados por el Fondo de Prevención

* Magíster en Psicología por la Universidad Católica de Colombia; docente de la Especialización en Psicología Clínica de la Universidad Católica de Colombia. Correo electrónico: klcabarcas@ucatolica.edu.co

** Doctora en Psicología por la Universidad de la Laguna; investigadora en el Doctorado en Psicología de la Universidad Católica de Colombia. Correo electrónico: clondono@ucatolica.edu.co

*** Magíster en Psicología en la línea de investigación en Psicología Clínica, de la Salud y Adicciones. Correo electrónico: lauravgomezv@hotmail.com

**** Magíster en Psicología en la línea de investigación en Psicología Clínica, de la Salud y Adicciones. Correo electrónico: loaizaluis7@gmail.com

Vial (“Invierte en ti”, “La tengo viva”, “Entregue las llaves”), la campaña de rumba sana y la de prevención de consumo de alcohol en las empresas, ambas adelantadas por el Ministerio de Salud y el Programa Presidencial “Rumbos” de prevención del consumo de drogas, que abordaban una parte del problema, se centraban en acciones de baja duración y su desarrollo se limitaba a una directiva dada por un equipo de gobierno que era reemplazada por el gobierno de turno. Cabe notar que algunos de los programas del Fondo de Prevención Vial aún están vigentes.

La preocupación por desarrollar estrategias preventivas efectivas y eficaces ha promovido un cambio en la perspectiva de la política pública hecha a partir de la intuición y ha evolucionado hacia el desarrollo de política pública basada en la evidencia; movimiento que ha tomado gran fuerza tanto en el ámbito mundial como nacional. Por su parte, en Colombia, tanto en el contexto gubernamental como en las instituciones de educación superior, las agendas de investigación se han dirigido hacia el desarrollo de acciones preventivas eficaces en la reducción del consumo de alcohol. Instituciones como la Universidad Católica de Colombia, la Universidad Nacional de Colombia, la Pontificia Universidad Javeriana y la Fundación Universitaria Luis Amigó han aportado en el desarrollo de investigación acerca de los factores asociados al consumo de alcohol en distintas poblaciones y le han apuntado al desarrollo de estrategias de evaluación e intervención con distintos niveles de desarrollo.

Entre ellas se destaca la labor realizada por el profesor Luis Flórez Alarcón y su equipo de trabajo de la Universidad Nacional de Colombia, que sistemáticamente, por más de una década, han realizado investigación dirigida al desarrollo de estrategias de prevención selectiva e indicada del consumo abusivo de alcohol y programas de promoción de la salud, complementarias y aplicables en distintos niveles de acción sanitaria.

Así, desde 2007 el Ministerio de Salud y Protección Social y la Universidad Nacional de Colombia establecieron un convenio cuyo objetivo principal ha sido el desarrollo de una estrategia consonante con los objetivos de la política nacional sobre consumo abusivo de alcohol en población adulta, denominada “Pactos por la Vida (PpV): Saber Beber/Saber Vivir”, descrita en detalle en el capítulo III (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013). El programa ha sido aplicado en al menos cinco ciudades principales de Colombia (Cali, Medellín, Bucaramanga, Ibagué y Neiva) con resultados positivos, de acuerdo con los reportes del Ministerio de Salud y de Flórez-Alarcón y Vélez en informes no disponibles.

Para resolver el interrogante de si el programa Pactos por la Vida puede ser considerado una experiencia costo-efectiva, es decir, que corresponde a un programa de prevención basado en la evidencia, aplicable en diversos grupos poblacionales y con resultados similares a los referidos por sus autores, en primer lugar se hizo una análisis de los componentes y las características que lo harían clasificable como una experiencia

preventiva basada en evidencia y se replicó la experiencia en un municipio aledaño a Bogotá. En este capítulo se presenta el primer análisis y en el siguiente capítulo, la réplica.

En el capítulo II de este libro se abordó el marco global del análisis respecto del desarrollo y uso de estrategias de prevención basadas en la evidencia; aquí solo se enumerarán de manera general los criterios propuestos para determinar si un programa puede ser considerado costo-efectivo y basado en la evidencia cuando:

- a) Se cuenta con una descripción clara y sistematizada de los aspectos relevantes para desarrollar la intervención.
- b) Hay un desarrollo de investigación con diseños en los que se contempla el adecuado control de variables, el uso de grupos control para la comparación de los resultados, asignación metódica y aleatoria a condiciones experimental y control, y manejo de variables extrañas
- c) Existe un control que garantice una adecuada implementación de las acciones y los análisis de evaluación.
- d) Se da la posibilidad de llevar a cabo análisis de la fortaleza de los efectos positivos de la intervención (cambios en las variables contempladas tanto al corto como largo plazo.
- e) Hay un control de los posibles efectos negativos derivados de la intervención.

Cabe resaltar que, de acuerdo con el nivel de cumplimiento de las condiciones mencionadas, los programas pueden ser categorizados como *intervenciones con la mejor evidencia*, *intervenciones con buenas evidencias* o *intervenciones sin evidencia*, tal como lo proponen la Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, el Alcoholismo y contra Toxicomanías (s. f.) y el Centro de Monitoreo Europeo para las Drogas y la Adicción (s. f.)

Como resultado del análisis documental del programa Pactos por la Vida a la luz de los criterios de clasificación de los programas costo-efectivo, es posible realizar varias afirmaciones, como se despliega a continuación.

1. *Se cuenta con investigación sólida y rigurosa acerca de la estrategia que proporciona evidencia de su efectividad.*

PpV cuenta con una base documental que permite entender y comprender el paso a paso de la aplicación tanto de las estrategias generales como específicas para que el programa se desarrolle adecuadamente. Los talleres se encuentran plasmados en documentos guías dirigidos al personal encargado de su ejecución, en los que se especifican las acciones y las estrategias pedagógicas tanto de prevención universal como de prevención selectiva e indicada, y esta información es de fácil acceso y comprensión (Flórez-Alarcón, 2009; Flórez-Alarcón y Vélez, 2012).

PpV es un programa de prevención con enfoque comunitario, por lo que no se contempla tener grupos controles a los que no se les ofrezca atención. No obstante, se cuenta con estudios de evaluación de la efectividad de los componentes aplicados de forma independiente; ejemplo de ello es la investigación acerca del programa de prevención selectiva para la prevención del abuso del consumo de alcohol, CEMA-PEMA, recopilada por Flórez-Alarcón (2007), donde se recogen los resultados de más de siete investigaciones realizadas por el autor y su equipo de trabajo.

En los estudios se desarrollan acciones dirigidas al diseño y la validación de una batería de pruebas que se aplican tanto en el proceso de diagnóstico como en el establecimiento de la línea de base y en el de seguimiento del efecto provocado por la aplicación de las estrategias creadas por el equipo de investigadores y de las diseñadas directamente por los actores de la comunidad. Sin duda, tener este tipo de evaluación permite observar el nivel de cambio logrado en las variables intervenidas.

También se encuentran amplias investigaciones acerca de la estrategia denominada TIPICA, recogida en gran parte en el *Boletín Electrónico de Salud Escolar*, que ha sido editado de forma ininterrumpida desde 2005 hasta 2015, tiempo en el que se han publicado más de siete reportes de investigación acerca de la estrategia en mención. Se inicia con la descripción del programa, se presentan las bases teóricas, con publicaciones continuas de reportes acerca de la efectividad de los componentes del programa en estudios con grupos controles, con tamaños muestrales suficientes y análisis de su impacto en ambientes escolares con seguimientos, todas ellas realizadas por el profesor Luis Flórez Alarcón o por miembros de su equipo de trabajo.

Por otro lado, acerca de la estrategia Núcleos de Educación Familiar, se encuentran publicados seis reportes de investigación, algunos de ellos realizados por la socióloga Bárbara García, que es la autora de la estrategia, y otros por el equipo de trabajo del Dr. Flórez. Finalmente, sobre la estrategia Autoayuda para la Moderación, diseñada por un grupo de investigadores de la Universidad Nacional Autónoma de México, se encuentran más de siete publicaciones de aplicaciones realizadas en población mexicana y reportes de aplicaciones en población colombiana. En suma, es posible afirmar que existe evidencia de la efectividad de las estrategias por separado, que pueden dar cuenta de que en conjunto mantendrán su eficacia; sin embargo, no es posible ignorar que la mayoría de las investigaciones tienen involucrado de forma directa o indirecta al autor de las propuestas y que ello puede implicar algún tipo de sesgo.

Asimismo, para la evaluación diagnóstica y para los seguimientos, las muestras utilizadas para la valoración cuantitativa del consumo son estratificadas y seleccionadas de forma aleatoria; no obstante, en la aplicación realizada para los seguimientos posteriores a la implementación del programa Pactos por la Vida acerca del panorama

de consumo no necesariamente se accede a los mismos participantes, y ello plantea dificultades estadísticas para la comparación de grupos. Por otra parte, la evaluación de los talleres dirigidos tanto a padres como a niños, jóvenes, adultos, población consumidora y población general cuenta con instrumentos previos a la aplicación y posteriores que permiten comparar los resultados (Flórez-Alarcón, 2007, 2009; Flórez-Alarcón y Vélez, 2012).

- 2) *Se garantiza la aplicación sistemática de réplicas cuando se entrena a los ejecutores del programa.*

PpV ofrece acompañamiento y asesoría técnica para la implementación de las acciones, facilita instrumentos de evaluación y bases de datos para análisis de resultados. De este modo, PpV implica la instalación de mesas de trabajo con la participación activa de la comunidad y de actores gubernamentales, con la asesoría del equipo coordinador del programa. Precisamente, una de las cinco mesas de trabajo está encargada de instrumentar el seguimiento y control de las acciones (Flórez-Alarcón, 2007, 2009; Flórez-Alarcón y Vélez, 2012), en función de garantizar que, de forma sistemática, programada y confiable, se desarrollen las mediciones, se usen de forma adecuada los instrumentos y se interpreten acertadamente los resultados.

La evaluación post de PpV se hace en los planos cuantitativo y cualitativo; de esta manera, se hacen análisis que retroalimentan al programa y que facilitan la observación de cambios positivos o negativos tanto en los patrones de consumo como en la percepción de calidad de vida y de disponibilidad al cambio. De ahí que se puede afirmar que PpV debe quedar instalado en las políticas municipales, continuar su aplicación y que esa información permita retroalimentar el desarrollo del programa y hacer ajustes necesarios (Flórez-Alarcón, 2007, 2009; Flórez-Alarcón y Vélez, 2012). En conclusión, PpV cumple condiciones que permiten afirmar que es altamente replicable y podría ser un programa de prevención con buenas evidencias.

- 3) *Se cumplen criterios internacionales para evaluar la eficacia de un programa.*

Cuando se habla de eficacia de un tratamiento, intervención o programa se hace referencia a la evaluación válida de los efectos que tiene cuando se les compara con un tratamiento alternativo o con una condición en la que los sujetos no son sometidos a ninguna intervención, como, por ejemplo, los grupos control. En otras palabras, cuando se evalúa la eficacia de un tratamiento, se busca dar respecto a la pregunta: ¿es posible demostrar de manera científica los efectos benéficos de un tratamiento? (Asociación Americana de Psicología [APA], 2002; Australian Psychological Society, 2006), y para el caso de los componentes del PpV, la respuesta es afirmativa, como se anotó anteriormente.

Pero se debe ir más allá para valorar realmente la eficacia de un programa; para ello, APA (2002) propone que para dar respuesta a esta pregunta se deben utilizar métodos como la recolección de conceptos dados por jueces expertos en el tema particular sobre el que versa la intervención, hasta hacer uso de estrategias investigativas mucho más complejas y sistemáticas. Diversos autores sugieren que en cualquiera de las opciones de análisis antes mencionadas se evalúen aspectos como los que se señalan a continuación (Fernández y Pérez, 2001; Blatt, Shanar y Zuroff, 2005; Llobell, Frías y Monterde, 2004; Mustaca, 2004; Londoño y Valencia, 2005):

- a) La base conceptual del programa es sólida y ha sido tomada de una búsqueda amplia y cuidadosa de literatura empírica sobre el tema.
- b) Se consideran las recomendaciones metodológicas sugeridas por el soporte investigativo en el que se basa.
- c) Se consideran las recomendaciones acerca de las condiciones bajo las cuales el tratamiento ha mostrado tener resultados en comparación con otros tratamientos o con la condición de “no hacer nada”.
- d) Se establecen evidencias que permiten identificar a qué usuarios (y cuáles son sus características) la intervención les permite obtener mayores resultados.
- e) Los resultados se mantienen a lo largo del tiempo, se ha evaluado el impacto sobre la calidad de vida de quienes participan de la intervención y las consecuencias indirectas provocadas por este.

En este sentido, PpV surge de la revisión de la literatura científica respecto a la prevención del consumo alcohólico, y de los resultados de las investigaciones llevadas a cabo por un grupo académico de investigadores; además tiene sus bases en una propuesta teórica de Flórez-Alarcón (2009) y de otros estudiosos del tema altamente reconocidos, como Prochaska, Norcross y Diclemente (Prochaska y Norcross, 2010; Prochaska, Norcross y DiClemente, 1995) que incluye las políticas sanitarias propuestas por los principales organismos internacionales. De igual manera, apropia estrategias de prevención, como el Taller de Autoayuda Dirigida (Ayala *et al.*, 1998), que ha demostrado ser efectivo en poblaciones de distintas nacionalidades y que ha sido traducido y adaptado a población de habla hispana con adecuados resultados.

También se puede afirmar que PpV ha tenido una evolución, debido a que ha acogido las recomendaciones derivadas de las aplicaciones y de los estudios, y los autores han realizado cambios para dar más poder preventivo a la estrategia. Ello es una clara muestra del trabajo serio llevado a cabo en el desarrollo de la propuesta.

PpV se ha replicado en distintos municipios del país y hay registros de cada una de las aplicaciones; sin embargo, estos no se han compilado y analizado y, por ende, no

es fácil comparar los resultados y analizar los alcances de la estrategia. Asimismo, aún se requiere realizar evaluación y seguimiento más cercanos que permitan establecer si los resultados observados en el corto plazo sobre la calidad de vida y la mitigación del impacto del consumo de alcohol se mantienen con el paso del tiempo; esto se lograría si se realizaran mediciones posteriores a uno y tres años. También es preciso analizar si en los distintos tipos de municipios su efectividad es similar e identificar las características de aquellos individuos y grupos sociales en los que PpV parece ser más efectivo. Por ello, se podría decir que PpV puede ser considerado un programa de prevención posiblemente eficaz.

4) *La estrategia es comparable con otras previamente reconocidas como efectivas.*

A continuación se compara PpV con otras propuestas similares que han mostrado ser exitosas en otros países del continente. En primer lugar, Mansilla y De Lorenzi (2015) evaluaron los programas de prevención que han sido aplicados en Argentina, y concluyeron que las acciones de estos han estado a cargo de distintas instituciones tanto del orden central como provincial, pero con una carencia clara de coordinación entre sí, lo que ha favorecido la distribución no equitativa de recursos y que existan provincias o regiones con mayores niveles de desarrollo y evolución en la prevención del consumo de sustancias tanto lícitas como ilícitas.

De acuerdo con los autores, la mayoría de los programas existentes en Argentina han girado en torno a la generación de estrategias comunitarias, pero específicamente a la capacitación y cualificación de docentes (de los diferentes niveles de enseñanza), por considerarlos un elemento clave, replicador y acompañante de la población a la que tradicionalmente se han dirigido los programas. Adicionalmente, se han encaminado los esfuerzos a la generación de capacidad instalada en las distintas regiones, de tal manera que no solo se concentran en docentes, sino también en jóvenes, líderes comunitarios, representantes de las iglesias, comunidades sindicales y personal universitario.

Los programas pretenden permitir a la comunidad generar acciones surgidas de la evaluación interna de necesidades, que impacten de manera directa las motivaciones y los comportamientos, pero que no sean vistas como elementos extraños impuestos por profesionales que desconocen las condiciones particulares de la comunidad. PpV también contempla en la fase de evaluación que la comunidad desempeñe un papel activo en la identificación y comprensión de la problemática y de los factores asociados a esta, de forma tal que las estrategias específicas de trabajo surjan de esa claridad y no sean impuestas por agentes externos (Mansilla y De Lorenzi, 2015).

Las evaluaciones (parciales, en algunos casos, no rigurosas y aún en desarrollo) de estas propuestas en Argentina indican cambios en los patrones de consumo relacionados

con el retraso en el inicio, la disminución de la cantidad (unidades), la frecuencia del consumo y el porcentaje de personas que pasan de un consumo ocasional a uno problemático (Mansilla y De Lorenzi, 2015).

Si se comparan con las estrategias utilizadas en el programa de prevención PpV, se evidencian coincidencias en la relevancia que se da a la comunidad como eje central de las acciones, y a la escuela a través de los docentes como facilitadores de cambio en los jóvenes y niños. Un aspecto determinante observado en Argentina es que los programas han sido instrumentados a largo plazo y con amplia cobertura, lo que ha permitido quizás una mayor incidencia en el patrón de consumo de la nación en general.

Si bien PpV tiene como base una propuesta a largo plazo y ha sido asimilado en el pasado por el Ministerio de Salud de Colombia, es preciso que se amplíe su cobertura y se hagan seguimientos de las aplicaciones para ver su mantenimiento y la evolución que ha alcanzado, para determinar si las comunidades en realidad lo han apropiado. Adicionalmente, se debe considerar como un elemento esencial contar con una postura abierta y dispuesta tanto de la comunidad como de las entidades del orden gubernamental, especialmente porque los ordenadores del gasto son quienes pueden garantizar el acceso a los recursos y espacios que permitan darle mayor relevancia a PpV e impacto a las acciones específicas.

Una característica adicional observada en Argentina es la participación cada vez mayor que se le ha dado a la universidad y a la academia, para que incluya la adicción y su tratamiento en su currículo y en la formación no solo profesional sino investigativa de sus estudiantes de pregrado y posgrado, de manera tal que las intervenciones que se hagan tengan una base teórica y conceptual probada y trabajada desde la academia (Mansilla y De Lorenzi, 2015).

En ese orden de ideas es importante señalar que PpV surge del grupo de investigación Estilo de Vida y Desarrollo Humano, de la Universidad Nacional Colombia, y el Centro de Estudios e Investigaciones sobre Adicciones y Violencia, ahora adscrito al grupo Enlace de la Universidad Católica de Colombia; por ello, entonces, desde su nacimiento viene nutrido de todo ese bagaje investigativo que, en principio, ofrece mayor garantía de la efectividad de las acciones en la moderación del consumo de alcohol.

Otra experiencia exitosa en términos de prevención del consumo es la adaptada y aplicada en Brasil (*unplugged*), que gira en torno a tres componentes: promoción de las habilidades para la vida, divulgación de información sobre drogas y educación para favorecer el pensamiento crítico sobre normas subjetivas en los estudiantes que participen de este. El programa incluye además talleres dirigidos a padres y cuidadores,

e incluye la coordinación de acciones entre el personal de salud y el de educación (Giardini *et al.*, 2015).

PpV incluye estas tres acciones, ya que, por ejemplo, en el nivel de prevención universal TIPICA (Flórez-Alarcón y Sarmiento, 2006) busca ganar un espacio en los currículos de las escuelas de educación básica que favorezca el desarrollo de habilidades para la vida, y de esta forma asegurar que los niños de hoy adquieran las herramientas necesarias que les permitan afrontar y enfrentar mejor los problemas de la vida adulta, sin recurrir al uso de sustancias como el alcohol para mitigar los impactos emocionales y personales.

Además, TIPICA (Flórez-Alarcón, Vélez y Padilla, 2008) busca que los niños desarrollen pensamiento crítico, entiendan y evalúen la norma subjetiva y la autoeficacia percibida para la generación y emisión de conducta saludable; sumado al interés de PpV (Flórez-Alarcón y Vélez, 2012) por ofrecer capacitación a los padres desde un enfoque motivacional favorecedor del cambio conductual y de la adopción de conducta saludable.

Sin embargo, sería importante que desde las instituciones gubernamentales de los municipios y departamentos se declarara no la obligatoriedad de TIPICA, pero sí su prelación como estrategia facilitadora del cambio, y que ello se pudiera desarrollar de manera longitudinal, de tal forma que se puedan evaluar los resultados a largo plazo, en lo posible con grupos control, a fin de cumplir plenamente el criterio establecido por la APA para evaluar efectividad de las intervenciones. También es preciso generar investigaciones que permitan entender cuál es el efecto sumativo de las estrategias en el impacto sobre la mitigación de los riesgos asociados al consumo de alcohol y sobre la calidad de vida de quienes acceden al programa.

En suma, PpV, referido a la efectividad del programa, puede considerarse una estrategia exitosa comparable con las realizadas en otros países de América Latina.

Queda aún un interrogante, que resulta crucial para determinar si, además de efectivo, PpV es un programa eficiente. Los datos disponibles al respecto son limitados, y se requiere analizar si el impacto esperado es congruente con los costos sociales y económicos del programa. Para evaluar la eficacia del programa, es necesario incluir medidas de proceso, de resultado y de impacto; también se requiere hacer análisis de los productos derivados de las acciones y de los costos de estos (Centro Internacional para las Políticas sobre el Alcohol, 2010), analizar si los resultados son transferibles a otras aplicaciones y determinar si los municipios cuentan con la disponibilidad de recursos económicos y físicos, así como en el talento humano para su instrumentación; incluso es preciso determinar si el programa se encuentra alineado y armonizado con los planes de desarrollo del municipio, la región y el país.

También se deben incluir indicadores de cobertura, de calidad de la cobertura, de acceso y de alcances del programa. Desde esta óptica, el programa PpV, aunque ha sido aplicado en cinco municipios del país en un periodo de nueve años, no ha arrojado estadísticas disponibles de cobertura y acceso, como tampoco información detallada acerca de las condiciones económicas y de recursos mínimas necesarias para su adecuada instrumentación.

Entonces, la respuesta a la pregunta inicial de este capítulo es afirmativa parcialmente, pues aunque se tienen evidencias irrevocables e inequívocas del efecto positivo sobre la moderación del consumo y la mitigación del daño, no se cuenta con información suficiente para determinar si PpV logra los mejores resultados posibles con el menor costo razonable. Para determinarlo, es necesario realizar estudios econométricos que den respuesta a este interrogante.

Referencias

- Asociación Americana de Psicología (APA) (2002). Criteria for evaluating treatment guidelines. *American Association*, 57(12), 1052-1059. Doi: 10.1037//0003-066X.57.12.1052
- Australian Psychological Society (2006). *Evidence-based psychological interventions in the treatment of mental disorders: a literature review* (3.^a ed.). Sidney: Autor.
- Ayala-Velásquez, H., Cárdenas López, G., Echeverría San Vicente, L. y Gutiérrez Lara, M. (1998). *Manual de autoayuda para personas con problemas en su forma de beber*. Ciudad de México: Porrúa.
- Blatt, J. y Zuroff, D. C. (2005). Empirical evaluation of the assumptions in identifying evidence based treatments in mental health. *Clinical Psychology Review*, 25(4), 459-486.
- Centro de Monitoreo Europeo para las Drogas y la Adicción a las Drogas (s. f.). Best practice portal. Recuperado de www.emcdda.europa.eu/best-practice
- Centro Internacional para las Políticas sobre el Alcohol (2010). *Guía para evaluar programas de prevención*. Recuperado de <http://www.icap.org/LinkClick.aspx?fileticket=Rv4jOB-7Nkio%3D&tabid=101>
- Fernández H. J. y Pérez, Á. M. (2001). Separando el grano de la paja en los tratamientos psicológicos. *Psicothema*, 13(3), 337-344.
- Flórez-Alarcón, L. (2009). *Pactos por la vida. Saber Vivir/Saber Beber*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Floréz-Alarcón, L. y Sarmiento, D. (2006). Programa TIPICA: un enfoque motivacional para la promoción de la salud escolar. *Boletín Electrónico de Salud Escolar TIPICA*, 1(1) 1-14.
- Floréz-Alarcón, L. y Sarmiento, D. (2007). Investigación y diseminación de CEMA-PEMA-P: un programa con enfoque motivacional breve para la prevención primaria del abuso de alcohol en estudiantes. En S. L. Echeverría, V. C. Carrascoza y M. L. Reidl (comps.), *Prevención y tratamiento de conductas adictivas* (pp. 237-272). Ciudad de México: Universidad Nacional Autónoma de México. Recuperado de <http://www.tipica.org/index>.

- php?option=com_content&view=article&id=69&Itemid=43
- Flórez-Alarcón, L. y Vélez, H. (2012). *Pactos por la Vida: Saber Beber, Saber Vivir, Convivencia Segura. Municipio promotor del consumo seguro y convivencia*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Giardini Murta, S., Gandolfo, I., Abreu, S., Vilela-Miranda, A. y Oliveira-Correa, A. (2015). Prevención de alcohol y drogas entre adolescentes en Brasil. En A. Pérez Gómez, J. Mejía Trujillo y B. Becoña Iglesia (Eds.), *De la prevención y otras historias: historia y evolución de la prevención del consumo de alcohol y drogas en América Latina y en Europa*. Bogotá: California-Edit.
- Llobell, J., Frías, M. y Monterde, H. (2004). Tratamientos psicológicos con apoyo empírico y práctica clínica basada en la evidencia. *Papeles del Psicólogo*, 25(87), 1-8.
- Londoño, C. y Valencia, S. (2005). La investigación en el proceso de soporte empírico de las terapias: alcances y limitaciones. *Acta Colombiana de Psicología*, 13, 163-181.
- Mansilla, J. y De Lorenzi, L. (2015). La prevención del consumo de alcohol y drogas en Argentina. En A. Pérez Gómez, J. Mejía Trujillo y B. Becoña Iglesia (Eds.), *De la prevención y otras historias: historia y evolución de la prevención del consumo de alcohol y drogas en América Latina y en Europa*. Bogotá: California-Edit.
- Ministerio de Salud de Colombia (2013). *Estrategia nacional de respuesta integral frente al consumo de alcohol en Colombia*. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/estrategia-nacional-alcohol-colombia.pdf>
- Mustaca, A. (2004). Terapias con Apoyo Empírico. *Revista Mexicana de Psicología*, 21(2), 105-118.
- Pérez-Gómez, A. (2015). Introducción. En A. Pérez Gómez, J. Mejía Trujillo y B. Becoña Iglesia (Eds.), *De la prevención y otras historias: historia y evolución de la prevención del consumo de alcohol y drogas en América Latina y en Europa*. Bogotá: California-Edit.
- Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, el Alcoholismo y contras Toxicomanías (s. f.). Criterio de selección de programas. Recuperado de www.prevencionbasadaenlaevidencia.net/index.php?page=Criterios
- TÍPICA (2005-2015). *Boletín de Salud Escolar*. Recuperado de http://www.tipica.org/index.php?option=com_content&view=article&id=220&Itemid=101

6

¿POR QUÉ APLICAR PACTOS POR LA VIDA EN SIBATÉ?: UN PANORAMA DE CONSUMO EN EL MUNICIPIO

Diana Constanza Pulido Garzón*

Constanza Londoño Pérez**

Marcela Velasco Salamanca***

El consumo de sustancias psicoactivas es una problemática social compleja que se debe abordar principalmente desde un enfoque preventivo; por ello, es necesario e importante identificar los factores de riesgo y protección asociados a su aparición, mantenimiento y agudización, con el fin de realizar acciones que favorezcan la atención oportuna y efectiva.

Por esta razón, y con el objetivo de evitar implementar programas descontextualizados de las necesidades propias de la población estudiada en el municipio de Sibaté, se aplicó el Cuestionario de Detección de Factores de Riesgo y Protección para el Consumo de Drogas, construido por y validado para población colombiana (Salazar, Varela, Tovar y Cáceres, 2006), que valúa seis factores psicosociales de riesgo y protección: a) malestar emocional, b) satisfacción en las relaciones interpersonales, c) preconceitos y valoración de las drogas, d) espiritualidad, e) permisividad social y accesibilidad a las drogas y f) habilidades sociales y de autocontrol, con una consistencia interna de 0,906. Estas condiciones garantizan la utilidad de los datos encontrados en el desarrollo de propuestas de abordaje basado en la evidencia y el seguimiento de la población.

El Cuestionario de Funcionamiento Familiar Apgar-Familiar, diseñado por Smilks-tein (1978) para detectar condiciones de funcionamiento y soporte familiar en cinco componentes: adaptabilidad (*adaptability*), cooperación (*partnertship*), desarrollo (*growth*), afectividad (*affection*) y capacidad resolutive (*resolve*), fue adaptado por Bellón, Luna del Castillo y Lardelli (1996) para población de habla hispana. En la

* Magíster en Psicología por la Universidad Católica de Colombia; psicóloga de la Secretaría Municipal de Sibaté. Correo electrónico: psicodiana@gmail.com

** Doctora en Psicología por la Universidad de la Laguna; investigadora en el Doctorado en Psicología de la Universidad Católica de Colombia. Correo electrónico: clondono@ucatolica.edu.co

*** Magíster en Psicología por la Universidad Católica de Colombia; docente de la Especialización en Psicología Clínica de la Universidad Católica de Colombia. Correo electrónico: rmvelasco@ucatolica.edu.co

validación en idioma español tiene un Alpha de Cronbach superior a 0,75. Además, se hizo un registro de datos sociodemográficos, comunitarios e institucionales relacionados con el consumo y el Cuestionario de Consumo de Drogas (Ministerio de la Protección Social [MPS], 2008).

En el marco de las acciones de vigilancia epidemiológica en el municipio de Sibaté, se reconoció la necesidad de realizar un diagnóstico que permitiese identificar los factores de riesgo y protección específicos de la población, así como la caracterización del consumo en una muestra representativa de adolescentes y jóvenes. En 2008 y 2009 se realizaron dos diagnósticos que permitieron caracterizar el consumo en los menores de edad escolarizados e identificar el consumo de sustancias psicoactivas (SPA) como problemática social en este municipio. Los resultados obtenidos en ambos estudios son similares a los de 2010, que son descritos más adelante.

En primer lugar, el Centro Amigable de Orientación en Salud para Jóvenes de la Secretaría de Salud Municipal de Sibaté realizó un diagnóstico de consumo, con el apoyo técnico de la Universidad Católica de Colombia, a fin de reconocer desde la perspectiva de los adolescentes cuáles eran los factores de riesgo y protección relacionados con el consumo de drogas, así como caracterizar el consumo en general, incluido el alcohol; y a partir del panorama establecido, diseñar e implementar programas preventivos que se ajustaran a la realidad de la población joven y adolescente del municipio.

Este capítulo contiene una breve descripción de la metodología del diagnóstico municipal de consumo de SPA, de los factores de riesgo y protección en adolescentes y jóvenes del municipio de Sibaté realizado en 2010; incluye una presentación detallada de los resultados obtenidos.

El cuestionario fue aplicado a población escolarizada, específicamente 600 adolescentes y jóvenes institucionalizados en colegios oficiales y privados de secundaria en grados de 6 a 11, del área rural y urbana de Sibaté. El tamaño y la estratificación de la muestra se construyeron teniendo en cuenta el tipo de institución, su ubicación rural o urbana y la cantidad de estudiantes por institución. De manera inicial se solicitó a todas las instituciones educativas del municipio bases de datos de los estudiantes de 6 a 11, a partir de las cuales se determinó la estratificación de la muestra; luego se fijaron fechas conjuntas para su aplicación (tabla 1). La recolección de información se hizo de forma grupal y en el ambiente escolar, condición que puede haber afectado el reporte veraz de parte de los participantes, especialmente en el consumo de sustancias ilícitas.

Tabla 1

Distribución de la muestra de acuerdo con el grado que cursaba

Grado	f
6	14
7	46
8	37
9	113
10	198
11	192
Total	600

La muestra en términos de género estuvo conformada por 310 hombres y 290 mujeres; el rango de edad de los participantes oscilaba entre los 14 y 20 años de edad; en cuanto al nivel socioeconómico, la mayoría de la población pertenecía a estrato 2; 180 de los participantes vivían en el sector rural del municipio y 420, en el sector urbano; el 63 % de la muestra pertenecía al nivel 1 del Sisbén.

Los principales resultados de este estudio se describen a continuación. En primer lugar se presentan los factores de riesgo y protección que hacen referencia a aquellos atributos o características individuales, así como condiciones situacionales y contextuales que incrementan o disminuyen la probabilidad de iniciar y mantener el consumo de drogas.

En esta población se identificó que los *preconceptos frente a las drogas* eran el principal factor de riesgo, dado que se presentaban ideas y creencias positivas acerca del consumo de SPA combinadas con una percepción de riesgo mínima, ambas favorecedoras del consumo riesgoso de alcohol y otras drogas. En el factor de *satisfacción en las relaciones sociales* como fuentes de apoyo social y proveedores de aceptación social se encontró que un 96,3% de la muestra no percibía dicho apoyo como algo real en su vida.

El otro factor de riesgo identificado son las *habilidades sociales*, dado que el 87,5% de la muestra contaba con una mínima capacidad para orientar su comportamiento por consecuencias a largo plazo y no contaba con las competencias sociales avanzadas relacionadas con la asertividad y el manejo adecuado de situaciones de conflicto. Asimismo, el 76% reportó un nivel bajo de *espiritualidad*, al tiempo que el 58% manifestó que estaba experimentando *malestar emocional* elevado; todo combinado con el hecho de que el 52% reconoce alta *permisividad social* en su ambiente (tabla 2).

¿Por qué aplicar Pactos por la Vida en Sibaté?: un panorama de consumo en el municipio

Tabla 2
Factores de riesgo y protección para el consumo de drogas

Factores	Tipo de factor	Total	Mujeres	Hombres
Malestar emocional	FP	254	102	151
	FR	346	198	159
Satisfacción en relaciones interpersonales	FP	22	10	12
	FR	578	280	298
Preconceptos acerca de las drogas	FR	600	290	310
	FP	143	58	85
Espiritualidad	FR	457	232	225
	FP	287	144	143
Permisividad social	FR	313	146	167
	FP	75	28	48
Habilidades sociales	FR	525	262	262

FR: factor de riesgo; FP: factor protector.

Aproximadamente el 95% de las personas clasificaban las sustancias relacionadas como *dañinas* y por esta razón no las consumían; sin embargo, esta tendencia no se mantiene en el caso del alcohol, ya que el 31,33% de los hombres y el 21,83% de las mujeres, aunque consideraban que es dañino, lo consumían, y el 21.16% con relación al alcohol pensaban que era dañino y era la razón por la que lo consumían. En la tabla 3 se identifica la percepción de riesgo que tienen los adolescentes y jóvenes con relación a cada una de las sustancias tanto lícitas como ilícitas.

Tabla 3
Percepción de nocividad de la sustancia y consumo

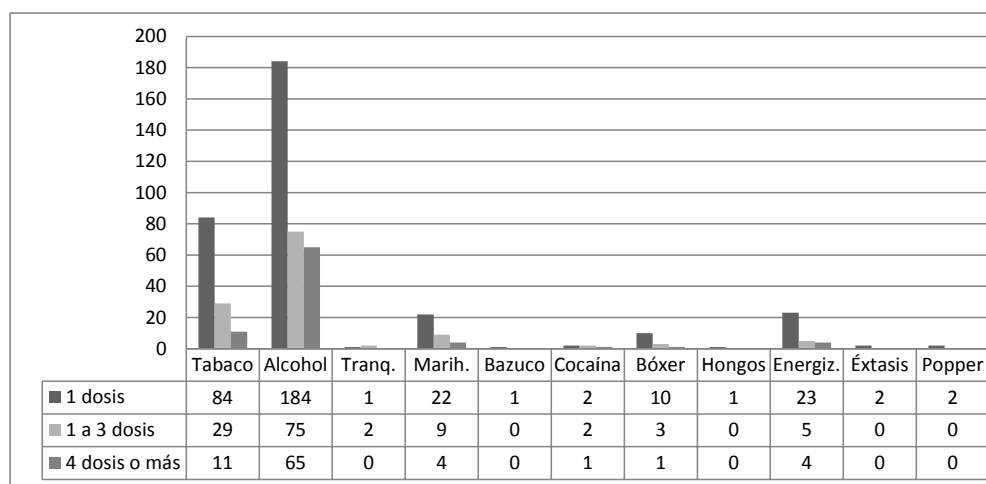
Sustancia	No es dañino y lo consumo		No es dañino y no lo consumo		Es dañino pero lo consumo		Es dañino y por eso no lo consumo		No responde
	H	M	H	M	H	M	H	M	H o M
Cigarrillo	3	6	10	12	72	31	224	238	4
Alcohol	16	17	12	14	188	131	94	126	2
Tranquilizantes	3	9	55	37	4	11	248	232	1
Marihuana	7	5	19	13	16	4	267	267	2
Bazuco	1	2	11	5	2	2	296	280	1
Cocaína	2	2	10	5	1	2	291	281	1
Bóxer	2	3	14	6	9	3	285	277	1
Hongos	2	3	24	13	5		279	273	1
Energizantes	16	10	48	37	17	9	229	233	1
Heroína	2	3	9	6	1	1	298	279	1
Éxtasis	1	3	9	6	3	2	296	278	2
Popper		2	8	5	3	1	297	281	2

Los resultados de la caracterización del consumo que pretendían identificar historia, frecuencia y cantidad de consumo, el nivel de consumo de sustancias lícitas e ilícitas en los adolescentes de la muestra era alto, especialmente relacionado con la edad, las condiciones de escolaridad y la familia que caracterizaban al grupo.

En el reporte del nivel de consumo histórico, es decir, haber probado estas sustancias alguna vez en la vida, se identificó por sustancia que el 79% de los estudiantes había consumido alcohol alguna vez en su vida, con una edad de inicio que oscilaba entre los 5 y 19 años y una media de 13 años; asimismo, el 43% reportó que había fumado cigarrillo; el 9%, energizantes; el 9%, marihuana; el 4%, bóxer; el 3%, tranquilizantes; el 2%, éxtasis; el 2%, cocaína; y el 1%, heroína, bazuco, hongos y popper (figura 1).

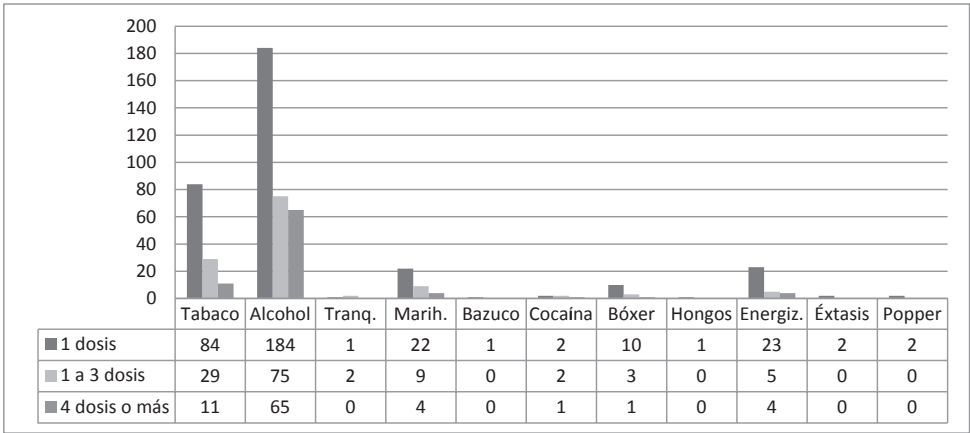
El consumo reciente o la prevalencia del último año fue de 30,5% para alcohol, 20,5% para tabaco y 5% para marihuana. El uso actual o prevalencia del último mes declarado para alcohol era de 23,33%, para cigarrillo de 8,16% y para marihuana de 1,5%. Y para uso actual se identifica que el 21,5% de la muestra mantiene un consumo de alcohol en la última semana, para cigarrillo y marihuana un 10,66% y 2,16%, respectivamente. Y, por último, se presentan los resultados relacionados con frecuencia y cantidad de consumo en el último mes, en orden descendente. Estos resultados son coherentes con la historia de consumo con periodicidad mensual, ya que indican la existencia de consumo problemático en una parte importante de la población (figura 1).

Figura 1
Prevalencia de consumo anual, mensual y semanal por sustancia



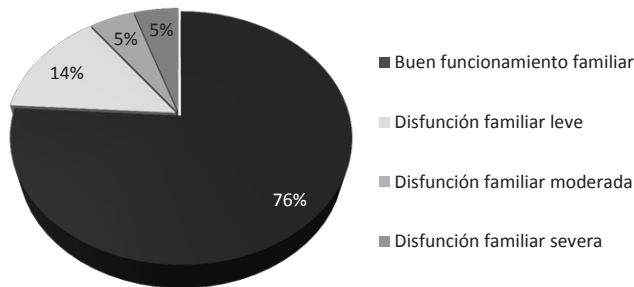
El alcohol fue la sustancia con mayor número de dosis reportadas, seguida del cigarrillo, la marihuana y los energizantes; y con un consumo al parecer meramente experimental de una sola dosis en el caso del bóxer (figura 2).

Figura 2
Dosis consumida por sustancia



Una de las preguntas básicas tenía como objetivo conocer por qué se inician en las drogas los jóvenes; el principal motivo para iniciar consumo reportado fue la curiosidad y la influencia del grupo de amigos; ambos motivos estaban claramente asociados a características propias de la etapa de desarrollo en que se encontraban los estudiantes. El nivel de funcionalidad familiar medido a través del Apgar-Familiar (OMS) indicó que el 76% de los entrevistados refirieron que sus grupos familiares tenían un buen nivel de funcionalidad familiar, el 14% reportó disfunción familiar leve, el 5% disfunción familiar moderada y el 5% restante indicó que su familia tenía problemas de disfunción severos (figura 3).

Figura 3
Resultados acerca del funcionamiento familiar reportado



Con relación al acceso a las drogas, el 57,7% de los encuestados consideraban que era fácil conseguir drogas en Sibaté y el 82% indicó que era muy fácil conseguir alcohol. En el 45% de los casos el consumo de drogas ocurría en la zona urbana, el 21% de los casos en espacios abiertos. Por otra parte, el 69% de los jóvenes consideraba que consumir drogas es un problema grave, pero el 49% de los consumidores habituales reportó que no había tenido atención en salud debido a su problema de consumo.

Este panorama puso de manifiesto que en el municipio existía un problema de consumo de drogas, en especial de alcohol y cigarrillo, y que era necesario llevar a cabo acciones de salud dirigidas a generar un cambio duradero en el municipio en la relación que hasta ahora se había dado entre los jóvenes, los adultos y las drogas. Y para lograr el cambio esperado, el municipio formuló en 2013 una Política Pública de Prevención de Consumo de SPA basada en la evidencia, a partir de un nuevo diagnóstico que contemplaba datos cualitativos y cuantitativos. Esta política definió cinco líneas estratégicas, a saber: a) educación para la salud, b) municipio saludable basado en estrategias centradas en la comunidad, c) Gobierno y política, d) sistema de salud y e) medios.

En el plan de acción propuesto a partir de la política se proyectó la implementación del programa Pactos por la Vida en alianza con la Facultad de Psicología de la Universidad Católica de Colombia, con la que se había establecido una alianza preliminar en 2013.

Referencias

- Becoña, E. y Vázquez, F. (2001). Consumo problemático de sustancias. En V. Caballo (Dir.), *Manual de psicopatología clínica infantil y del adolescente. Trastornos generales*. Madrid: Siglo XXI.
- Bellón, J. A., Delgado, A., Luna del Castillo, J. D. y Lardelli, P. (1996). Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar Apgar-familiar. *Atención Primaria*, 18(6), 289-96.
- Carballo, J. L., García, O., Secades, R., Fernández, J. R., García, E., Erraste, J. M. et al. (2004). Construcción y validación de un cuestionario de factores de riesgo interpersonales para el consumo de drogas en la adolescencia. *Psicothema*, 16, 674-679.
- Carmona, J. (2004). Una revisión de las evidencias de fiabilidad y validez de los cuestionarios de actitudes y ansiedad hacia la estadística. *Statistics Education Research Journal*, 3(1), 5-28.
- Dirección Nacional de Estupefacientes (2009). *Observatorio de Drogas de Colombia: acciones y resultados*. Bogotá: Autor.
- Flórez-Alarcón, L. (2000). El proceso psicológico de la promoción y de la prevención. *Avances en Psicología Clínica Latinoamericana*, 18, 13-22.
- Fraile, C., Riquelme, M., y Pimienta, A. M. (2004). Consumo de drogas lícitas e ilícitas en escolares y factores de protección y riesgo. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 12, 345-351.

- Llorens, N., Perelló del Río, M. y Palmer, A. (2005). Características de personalidad en adolescentes como predictores de la conducta de consumo de sustancias psicoactivas. *Trastornos Adictivos*, 7(2), 90-96.
- Ministerio de Relaciones Exteriores (2009). *Plan Nacional de Reducción del Consumo de Drogas 2009-2010*. Bogotá: Autor.
- Ministerio del Interior y de Justicia, Ministerio de la Protección Social y Dirección Nacional de Estupefacientes (2009). *Estudio nacional de consumo de drogas en Colombia: Informe Ejecutivo*. Bogotá: Autor.
- Osorio, E., Ortega, N. M. y Pillón, S. (2004). Factores de riesgo asociados al uso de drogas en estudiantes adolescentes. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 12, 369-375.
- Pérez Gómez, A. (2000). *El libro de las drogas: Manual para la familia*. Bogotá: Presidencia de la República.
- Presidencia de la República (2002). *Juventud y Consumo de Sustancias Psicoactivas: Resultados de la Encuesta Nacional de 2001 en Jóvenes Escolarizados de 10 a 24 años*. Bogotá: Autor.
- Salazar, I., Varela, M., Tovar, J. y Cáceres, D. (2006). Construcción y validación de un cuestionario de factores de riesgo y de protección para el consumo de drogas en jóvenes universitarios. *Acta Colombiana de Psicología*, 9(2), 19-30.
- Smilkstein G. (1978). The family APGAR: a proposal for a family function test and its use by physicians. *The Journal of Family Practice*, 6, 1231-1239.

7

LA EXPERIENCIA PACTOS POR LA VIDA EN EL MUNICIPIO DE SIBATÉ

Constanza Londoño Pérez*

Karen Liseth Cabarcas**

Diana Constanza Pulido Garzón***

Para evaluar la efectividad del programa de prevención del consumo abusivo y la dependencia alcohólica Pactos por la Vida, propuesto por Flórez-Alarcón y Vélez (2012), y aportar evidencia adicional a la reportada en las experiencias de aplicación realizadas en otros municipios —tal como se puede evidenciar en el panorama de consumo expuesto en el capítulo V—, el municipio de Sibaté presenta un problema importante de consumo de alcohol y otras drogas lo cual requiere de atención inmediata. Por ello, en 2015 fue aplicada la experiencia por investigadoras del grupo Enlace de la Facultad de Psicología de la Universidad Católica de Colombia bajo la asesoría del grupo de investigación Estilo de Vida y Desarrollo Humano de la Universidad Nacional de Colombia (creadores de la estrategia), con el apoyo de la Alcaldía Municipal de Sibaté.

Fases de aplicación

Fase 1: diagnóstico

Se desarrolló una evaluación detallada en la que se tomaron medidas e indicadores cualitativos y cuantitativos del problema a través de grupos focales y entrevistas a profundidad, además de la toma de medidas sobre la topografía del consumo, las historias y recorridos, y el nivel de consumo de alcohol. La información cualitativa fue analizada a partir de categorías definidas previamente, y la cuantitativa, con análisis de frecuencias y comparativos de proporciones.

* Doctora en Psicología por la Universidad de la Laguna; investigadora en el Doctorado en Psicología de la Universidad Católica de Colombia. Correo electrónico: clondono@ucatolica.edu.co

** Magíster en Psicología por la Universidad Católica de Colombia; docente de la Especialización en Psicología Clínica de la Universidad Católica de Colombia. Correo electrónico: klcabarcas@ucatolica.edu.co

*** Magíster en Psicología por la Universidad Católica de Colombia; psicóloga de la Secretaría Municipal de Sibaté. Correo electrónico: psicodiana@gmail.com

La muestra estratificada por sexo y edad tomada para hacer el diagnóstico cuantitativo o línea de base estuvo conformada por 392 personas con edades comprendidas entre 13 y 65 años, con un promedio de edad de 39,3 años y una desviación estándar de 14,34, de los cuales el 50,8% eran hombres y el 49% mujeres; el 79% era de estratos 1 y 2, con un nivel educativo de bachillerato del 47,2% y de primaria en un 18,1%; el 39% eran empleados y el 16,8% eran independientes, con un 4,8% de personas desempleadas; el 37% tenía entre 0 y 6 hijos, con un promedio de 1,34 por persona

Tabla 1
Descripción sociodemográfica de la población

Variable	f	%	Variable	f	%
Género			Escolaridad		
Otro	1	0,3	NS/NR	1	0,3
Masculino	199	50,8	Sin escolaridad	4	1,0
Femenino	192	49,0	Primaria	71	18,1
Estado civil			Bachillerato	185	47,2
NS/NR	8	2,0	Técnica	52	13,3
Soltero(a)	161	41,1	Universitaria	58	14,8
Casado(a)	98	25,0	Posgrado	21	5,4
Unión libre	106	27,0	Ocupación		
Divorciado(a)/separado(a)	15	3,8	NS/NR	17	4,3
Viudo(a)	4	1,0	Estudiante	75	19,1
Estrato			Empleado	153	39,0
0	19	4,8	Independiente	66	16,8
1	97	24,7	Hogar	57	14,5
2	213	54,3	Pensionado	5	1,3
3	52	13,3	Desempleado	19	4,8
4	7	1,8	Hijos		
5	1	0,3	Sí	145	37,0
7	1	0,3	No	230	58,7
8	2	0,5			

Respecto al consumo de alcohol, el 89,5% de la población reporta haber consumido bebidas alcohólicas alguna vez en la vida; con una media de riesgo de consumo abusivo de 5,91, considerada alta; asimismo se evidencia que el 73% de los encuestados tenía riesgo alto de consumo abusivo y un 13% un nivel de riesgo moderado. Las bebidas más ingeridas son la cerveza (56%) y el aguardiente (12%), y en mayor parte de las ocasiones con un consumo de más de 5 unidades (35%), es decir, que bebe hasta embriagarse, y el 19% consume entre 4 y 5 unidades, y el 30% entre 1 y 3 unidades. De igual manera, se evidencia que el 37% consume menos de una vez al mes, el 30% entre 1 y 3 veces al mes y el 3% lo hace más de una vez a la semana.

Tabla 2
Riesgo de consumo abusivo en el consumo de alcohol

Variable	f	%	Variable	f	%
Riesgo			Tipo de bebida		
Sin riesgo	50	13	No sabe/no responde	30	8
Bajo	2	2	Cerveza	221	56
Moderado	50	13	Aguardiente	48	12
Alto	287	73	Ron	7	2
Frecuencia de consumo			Whisky	24	6
No sabe/no responde (NS/NR)	2	0,1	Otra	62	16
Nunca	73	19	Cantidad		
Menos de una vez al mes	188	48	No sabe/no responde	2	0,5
Entre 1 y 3 veces al mes	107	28	0 unidades	61	16
Una o más veces a la semana	21	5	Entre 1 y 3 unidades	117	30
A diario	1	0,5	Entre 4 y 5 unidades	74	19
Consumo último mes			Más de 5 unidades	138	35
No sabe/no responde	46	12			
Nunca	71	18			
Menos de una vez al mes	146	37			
Entre 1 y 3 veces al mes	116	30			
Una o más veces a la semana	13	3			

Disponibilidad al cambio

La mayor parte de los consumidores no muestra disponibilidad hacia modificar su forma de beber, a pesar de tener un riesgo alto (58%), es decir, que se ubican en una etapa de anticontemplación; el 28% muestra alta disponibilidad al cambio, y por ello se ubican en la etapa de contemplación; el 21% muestra un nivel moderado de disponibilidad al cambio, por ello se considera que están en precontemplación (tabla 3).

Tabla 3
Descripción nivel disponibilidad al cambio

Variable	f	%
En el curso de los próximos 30 días	110	28
Dentro de uno a seis meses aproximadamente	53	14
Pasarán más de seis meses antes de que empiece a disminuir la cantidad que bebe	28	7
No sabe/no responde (NS/NR)	201	51

Respecto de los principios de moderación, se encontró que el 39,1% considera irrelevante o poco importante el control de la calidad de la bebida; el 4,1% considera que la calidad de la bebida ingerida no influye en el control; el 5,4% considera difícil manejar la calidad de bebida que ingiere, y el 46,7% reporta que controla la cantidad en el momento de beber. A su vez, el 41,8% controla la cantidad de bebida ingerida, el 9,4% reporta que tiene dificultades para hacerlo, el 17,4% no lo considera importante, piensa que no le afecta o que es irrelevante.

El 38,8% de los bebedores considera importante controlar la situación de consumo; pero en contraste, el 25% de los consumidores no considera importante controlar la compañía cuando beben o no es relevante, el 16% reporta que les es difícil hacerlo y el 43% de los no consumidores lo considera importante. El 22,5% de los consumidores no considera importante o piensa que no afecta el hecho de ingerir alimentos antes del consumo o durante este.

Tabla 4
Descripción de los seis principios de moderación

Nivel	C1		C2		C3		C4		C5		C6	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
No sabe/no responde (NS/NR)	17	4,3	11	2,8	11	5	13	3,3	12	3,1	15	3,8
No consumo licor y lo considero importante para quienes beben	100	25,5	102	26,0	103	43	103	26,3	113	28,8	106	27,0
No consumo licor y me parece irrelevante para quienes beben	28	7,1	27	6,9	27	11	25	6,4	17	4,3	22	5,6
Sí consumo licor y no lo considero importante	27	6,9	25	6,4	34	14	47	12,0	19	4,8	31	7,9
Sí consumo licor y no me afecta	16	4,1	28	7,1	26	11	41	10,5	6	1,5	20	5,1
Sí consumo licor y he pensado hacerlo, pero se me dificulta	21	5,4	37	9,4	39	16	22	5,6	7	1,8	20	5,1
Sí consumo licor y aplico los principios de moderación cuando bebo	183	46,7	162	41,3	152	38,8	141	36,0	218	55,6	178	45,4

C1: control de la calidad de la bebida ingerida; C2: control de la cantidad de la bebida ingerida; C3: compañía; C4: comida; C5: conflicto; C6: consistencia.

Pautas de consumo: factores de riesgo, problemáticas asociadas e historias de consumo

¿Qué tipo de bebida alcohólica se consume? A partir de las entrevistas y de su análisis de categorías, se puede afirmar que la bebida más consumida era la cerveza, aunque se mencionan otras bebidas como aguardiente, ron, vino, chinchín, tapetusa, cocteles, nortño, costeño y whisky. Asimismo, fue posible notar diferencias en los patrones de consumo de jóvenes y adultos, ya que los primeros mezclaban distintos tipos de alcohol (“lo que haya”..., en sus palabras), cigarrillo y marihuana, y los adultos combinaban varias bebidas alcohólicas.

La chicha es una bebida que no era considerada con contenido alcohólico; por ello, aunque su consumo era frecuente entre las personas que residían en zonas semirurales y rurales, no lo mencionaron cuando se habló acerca del tipo de bebidas alcohólicas ingeridas. El consumo de chicha aumentaba durante las ferias del municipio porque se consideraba una forma de rescatar la cultura y tradiciones del pueblo.

¿Cuándo y dónde se consume alcohol? La mayor parte de los entrevistados mencionó en primer lugar que bebía principalmente en espacios públicos (afueras de los colegios, tiendas, bares, parque y estadio); en segundo lugar que bebían en familia dentro y fuera de la casa. Respecto a los momentos de consumo, se indicó que la mayoría bebía en ambientes familiares, acompañados de amigos o con la pareja; en los fines de semana y el viernes después de las seis de la tarde. También mencionaron beber durante los paseos, los eventos deportivos (ingreso y consumo de bebidas camufladas a los colegios y eventos culturales o deportivos); existe una tradición cultural muy arraigada de consumo que relaciona celebraciones, tiempo libre y alcohol.

Las frases clave: “En donde sea”, “En cualquier parte”, “Después de que haya ganas”, “Después de la una de la mañana en cualquier parte”, “Porque mis amigos, mis papás y mis profes beben y se emborrachan”, “Todos son unos borrachines”, “Los padres y los adultos dan ejemplo; aquí todos bebemos”, “Cualquier excusa en buena, lo importante es tomar”, “No hay fiesta si no hay trago”, “Sibaté es el segundo municipio que más bebe en Colombia; hay que estar orgullosos”, “En las ferias y fiestas está marcado por el alcohol y, por supuesto, por debajo está la droga”.

Las principales razones de consumo mencionadas fueron el despecho, porque *los demás lo hacen*, porque se tienen deseos de beber y para experimentar (en el caso de los adolescentes); también se mencionaba que beber sirve para evadir los problemas y escapar de la realidad, sentirse bien y relajarse, o para pasar el tiempo libre.

¿Quiénes consumen alcohol? Según las entrevistas en el municipio de Sibaté, “*todos*” consumían alcohol, incluso los niños entre 9 y 12 años. Los jóvenes ingerían bebidas alcohólicas en episodios de consumo abusivo hasta la embriaguez (atracones), los adultos

lo hacían con mayor frecuencia, pero la intensidad era menor (es decir, menos unidades por ocasión); los jóvenes mencionaron que la forma de beber de los adultos facilitó que ellos decidieran probar el alcohol y mantener un patrón de consumo similar o mayor.

También se menciona que existe un rito de iniciación de consumo de bebidas alcohólicas entre los 12 y los 13 años, principalmente con los niños varones: en presencia de los padres y con su aprobación, el niño bebe cerveza o algún otro trago. Incluso se menciona que los niños pequeños se toman los “*cunchos*” dejados por los padres, y ello no constituía un motivo de preocupación para los adultos.

Las frases clave: “Mi papá toma seguido”, “Es normal que la gente beba”, “Aquí se bebe para matar el tiempo”, “Yo bebo porque quiero... ¿y qué!?”, “Beber es un legado familiar”, “Solo bebo cada ocho días... nada más”.

Estrategias de control del consumo de alcohol. La mayor parte de los participantes no mencionaron una estrategia de control específica, pues se bebe hasta el límite individual y casi en una competencia del que más pueda beber y permanecer despierto o sostenerse en pie. Un grupo reducido mencionó que comía algo antes de iniciar el consumo, se iban temprano a la casa para no recibir invitaciones, se alejaba de los contextos de consumo, dormían cuando se sentían ebrios, programaban el consumo *solo* cada 8 días, solo bebían una cantidad definida (cuatro copas), comían mientras bebían (salchichón, cerezas, maní), tomaban café cargado durante o después de la sesión de consumo, una persona administraba el trago (también bebía), evitaban *el sereno*, bailaban, y los jóvenes comentan que en ocasiones bebían energizantes para *bajar* la borrachera.

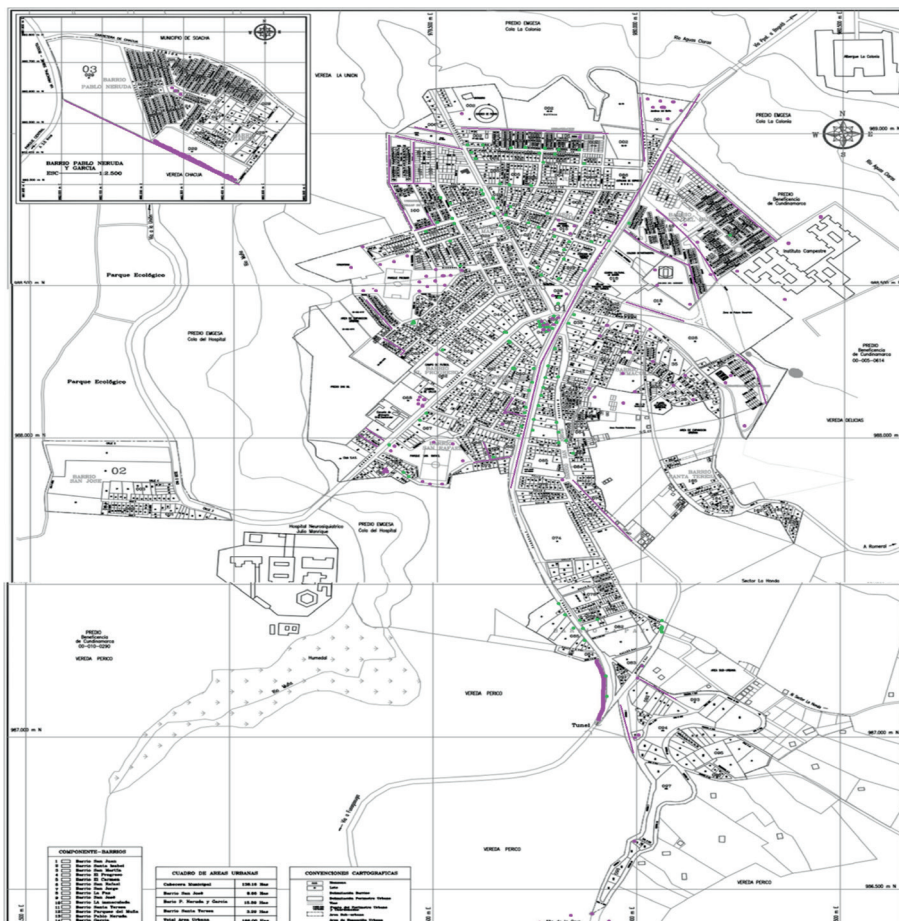
Las frases clave: “Uno mira qué toma dependiendo de dónde esté y con quién esté”, “Mi abuela cada ocho días juega tejo y toma”, “El de la bata administra el trago”, “Uno conoce su límite”, “Comer salchichón...”, “Se bebe hasta donde se aguante”, “Hay que beber hasta que el dinero y el trago se acaben”, “Uno bebe hasta emborracharse... y ahí para... para el codo y sigue...”

Reconocimiento: caracterización por escenarios, lugares de consumo

A lo largo y ancho del municipio se pueden ubicar sitios de venta y consumo de bebidas alcohólicas; aunque se identifican como puntos críticos de consumo, se reconocen los alrededores de las instituciones educativas, bares, tabernas, licorerías, billares, canchas de tejo y rana, tiendas y gallerías, en el parque central frente a la Alcaldía o en lugares públicos apartados de la cabecera urbana, luego del cierre de los establecimientos.

Respecto de la venta a menores de edad, los tenderos y en general las personas indican que no hay control efectivo; incluso se detectó que se vendían bebidas alcohólicas en sitios cuya naturaleza en el registro de uso de suelo no tenía que ver con otra actividad comercial muy distinta, como carnicerías, papelerías, misceláneas y ferreterías (figura 1).

Mapa de sitios de venta y consumo de alcohol en el municipio de Sibaté



Inicialmente se instalaron las cinco mesas de trabajo y en tres sesiones se formularon planes de acción específicos, pero debido al tamaño reducido de estas y a que algunas personas nombradas como representantes de entidades gubernamentales y no gubernamentales debían asistir a las distintas sesiones de reunión por mesas, se decidió fusionar los equipos, constituir una mesa general de trabajo e integrar los planes en una sola propuesta global. En el plan se definieron acciones como:

- a) Hacer una estrategia de motivación y sensibilización sobre el programa Pactos por la Vida, en la que se incluyó la elaboración de un pendón, presentación de notas de avance del programa en los medios de comunicación locales (televisión y

radio) y en medios electrónicos como la página de internet de la Alcaldía y videos de la experiencia en YouTube. Entre la información divulgada se incluyó un reconocimiento explícito a los agentes sociales que ayudaron a implementar algunas estrategias de Pactos por la Vida.

- b) Capacitar a los tenderos y dueños de bares en las estrategias de moderación de consumo para que ellos facilitaran su aplicación en sus negocios, y hacer un concurso de tenderos para clasificar los lugares de expendio y consumo como Zonas Seguras de Consumo con categorías AAA, AA y A; y entregar material publicitario de la campaña, consistente en una caja para guardar el dinero o las cuentas, un póker alusivo a la prevención, un cuaderno de cuentas con los seis principios de moderación del consumo. Además se nombraron a dos representantes del grupo de tenderos y dueños de bares para que asistieran a las sesiones de trabajo del programa PpV.
- c) Capacitar a agentes claves: se capacitó sobre los principios de moderación acerca de 200 residentes del municipio, entre agentes gubernamentales, representantes de JAL, jóvenes, educadores, profesionales de la salud, representantes de iglesias y tenderos. También se realizó capacitación sobre prevención en los distintos niveles y promoción, y se hizo capacitación introductoria sobre TIPICA y CEMA-PEMA.
- d) Organizar un foro de discusión entre padres, maestros y jóvenes acerca del problema del consumo de alcohol en el municipio y las opciones de solución.

Entre los resultados obtenidos durante la fase de aprestamiento, es necesario recalcar que solo se logró una institucionalización parcial del proyecto Pactos por la Vida entre los agentes del municipio, y ello hizo que las capacitaciones en su mayoría solo fueran introductorias sobre el programa y los seis principios de moderación. Con la orientación técnica del equipo de investigadores, un diseñador gráfico del municipio elaboró una propuesta de logo y del material de sensibilización hacia la moderación, con el objetivo de facilitar la aplicación de los principios entre los tenderos, dueños de bares y sus clientes.

Asimismo, se llevó a cabo la elaboración de una propuesta de decreto para el reconocimiento de zonas seguras de consumo en el Municipio, se diseñaron y elaboraron las placas de reconocimiento y se proyectaron premios para los tres primeros lugares.

Entre las limitaciones identificadas y analizadas por el equipo de investigadores, que obstaculizaron la institucionalización de la propuesta y la plena aplicación de la estrategia, se tienen factores como:

- a) El proceso de elecciones y cambio de gobierno dio lugar al cierre anticipado de planes de gobierno; ello ocupó la atención de los agentes gubernamentales durante la mayor parte del tiempo de desarrollo de la propuesta en el municipio.

- b) Se logra institucionalizar solo parcialmente la estrategia y ello afecta su impacto; debido a la naturaleza y el tamaño del municipio, los equipos de trabajo en las entidades gubernamentales y no gubernamentales tenían un número reducido de funcionarios encargados de múltiples responsabilidades previamente establecidas y debían dedicar tiempo adicional de su jornada laboral para participar en la implementación del programa. Cabe notar que los agentes sociales (representantes comunitarios, tenderos y ciudadanos) mostraron alto interés y participación, lo que permitió hacer la aplicación del programa a pesar de la actitud no participativa de algunos miembros del equipo de gobierno.
- c) Las creencias del grupo de gobierno en torno a que la salud es un problema del Estado y se debe contar con una directiva específica y recursos para que sea posible el desarrollo de una labor, y no se ven a sí mismos como responsables del proceso.
- d) La agenda de aplicación fue llevada a cabo en un tiempo corto debido a las demoras en la programación, a las cancelaciones unilaterales e inesperadas de las sesiones de las mesas, de capacitaciones, de los foros y del encuentro con tenderos.
- e) No se programan reuniones del Concejo para aprobación del Decreto de reconocimiento de Zonas Seguras de Consumo, debido al calendario electoral.
- f) Los asistentes a las capacitaciones no cuentan con el tiempo ni la aprobación de sus jefes inmediatos para multiplicar el conocimiento adquirido.

Fase 3: evaluación y seguimiento

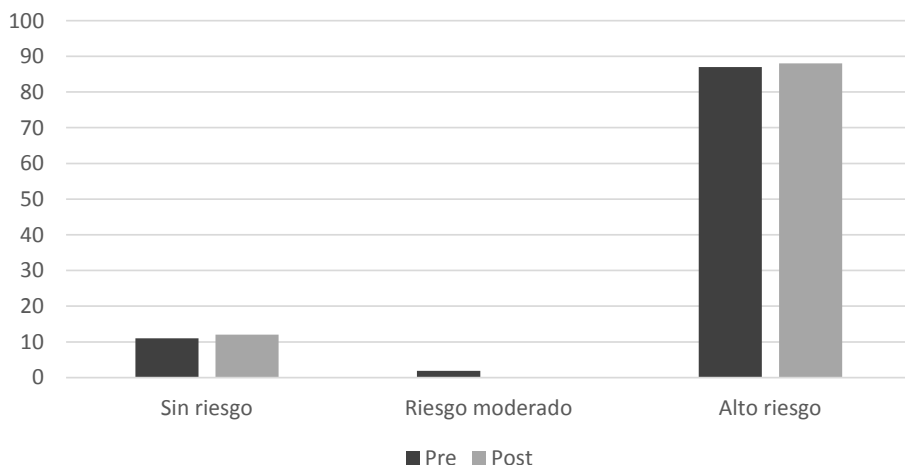
Se evalúan los alcances del programa en términos cualitativos y cuantitativos, para determinar las variaciones logradas tanto en la topografía del consumo como en las prácticas culturales asociadas. El seguimiento cualitativo se hizo en observación directa, sin hallar cambios en la población general; pero sí se pudo identificar la inclusión de comentarios acerca de los principios de moderación entre los agentes capacitados, así como cambio en la disponibilidad a regular la moderación.

También fueron llevados a cabo análisis comparativos del nivel de consumo, la disponibilidad al cambio y la aplicación de los seis principios de moderación del consumo. La muestra tomada para hacer el diagnóstico cuantitativo o línea de base estaba conformada por 392 personas, y la de seguimiento, por 276 personas; en ambos casos, hombres y mujeres en proporciones similares, con edades comprendidas entre 13 y 65 años, con un promedio de edad de 39,3 años; principalmente de estratos 1 y 2, con un nivel educativo predominante de bachillerato y universitario, y mayoritariamente empleados y estudiantes. De estos, 41 entrevistados en la medida pre no eran consumidores, y 37 en el post.

La experiencia Pactos por la Vida en el municipio de Sibaté

Figura 2

Nivel de riesgo de consumo



Las medidas de consumo son similares en el pre y en el post. Respecto del consumo de alcohol, la proporción de consumo alguna vez en la vida es similar, 89,5% para el pre y 86,6% para el post; con una media de riesgo de consumo abusivo de 3,65, considerada moderada. Para la medida pre se evidencia que el 87% de los encuestados tenía riesgo alto de consumo abusivo, porcentaje que se mantuvo similar para la medida pos con un 88%.

Figura 3

Frecuencia de consumo

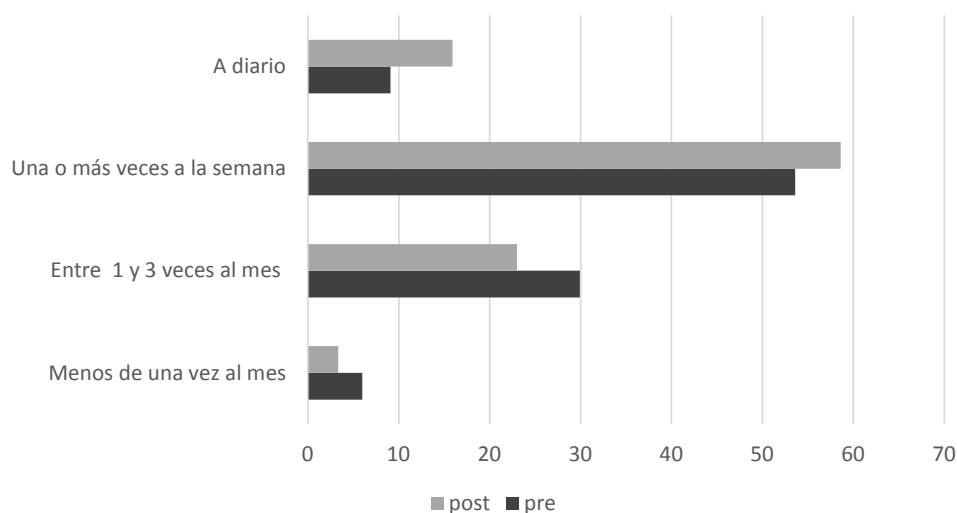
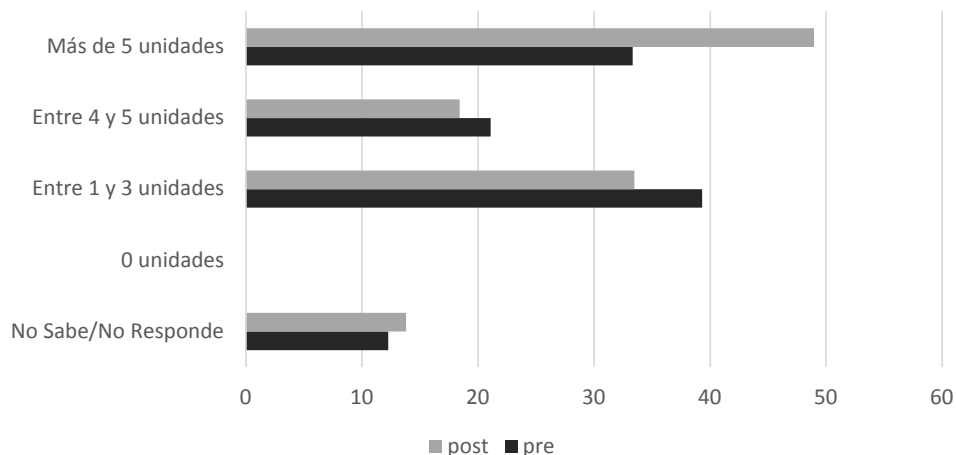
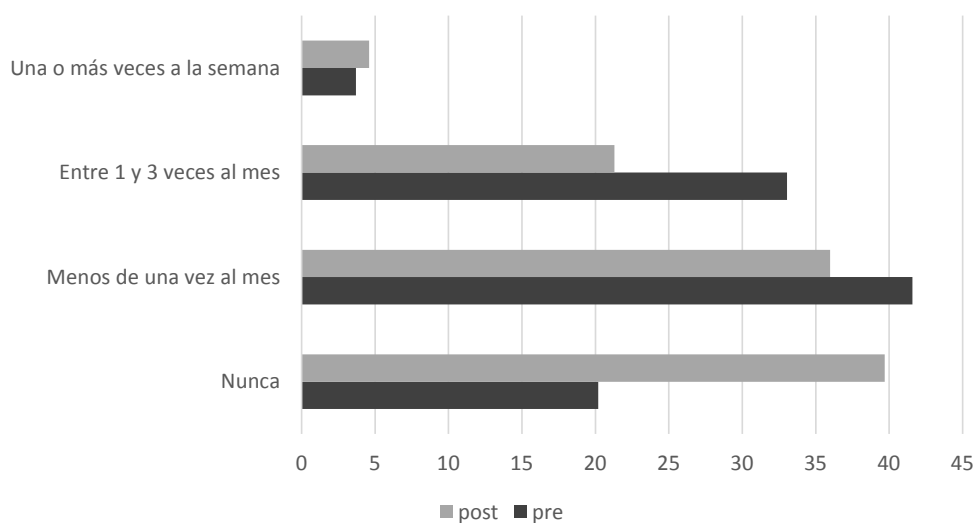


Figura 4
Cantidad de unidades consumidas



Las bebidas más ingeridas son la cerveza (56%) y el aguardiente (12%), y en la mayor parte de las ocasiones consumo más de 5 unidades (35%), es decir, que bebe hasta embriagarse, y el 19% consume entre 4 y 5 unidades, y el 30% entre 1 y 3 unidades. Asimismo, se evidencia que el 37% consume menos de una vez al mes, el 30% entre 1 y 3 veces al mes y el 3% lo hace más de una vez a la semana (figuras 3, 4 y 5).

Figura 5
Frecuencia de consumo en el último mes



Disponibilidad al cambio

En la línea de base (pre), la mayor parte de los consumidores no mostró disponibilidad a modificar su forma de beber a pesar de tener un riesgo alto (58%), es decir, que de acuerdo con el modelo teórico de base, estaban en la etapa de anticontemplación; el 28% reportó alta disponibilidad al cambio, ya que consideraba importante moderar su consumo en el siguiente mes, y el 21% reportó un nivel moderado de disponibilidad al cambio, y por ello se considera que estaban en la etapa de precontemplación. En el seguimiento se observa que la cantidad de anticontempladores desciende al 22,59%, y los precontempladores al 17%; en contraste con los contempladores, que suben al 31,38% (tabla 5).

Tabla 5
Descripción del nivel disponibilidad al cambio

Variable	f	%	F	%
En el curso de los próximos 30 días	110	28	75	31,38
Dentro de uno a seis meses aproximadamente	53	14	26	10,87
Pasarán más de seis meses antes de que empiece a disminuir la cantidad que bebe	28	7	12	5
No planea disminuir un futuro próximo la cantidad que bebe	114	51	54	22,59

Comparativamente, en los principios de moderación de consumo se observa aumento de la importancia, dada la aplicación de las recomendaciones en torno al control de la calidad y cantidad de la bebida y al consumo de alimentos antes o durante el consumo; en la aplicación de los principios, en contraste, disminuyó la proporción de personas que consideraban importante controlar la compañía con la que bebía, las de prevención del conflicto y las que concedían importancia a mantener el consumo de una sola clase de bebida (tabla 6).

Se llevó a cabo un análisis de costos respecto de los beneficios y alcances de la aplicación del programa en el municipio, como se muestra a continuación.

Beneficios y alcances:

- Incremento de la capacidad técnica instalada, ya que 200 personas de distintos niveles (gubernamental, tenderos, JAC, docentes, profesionales de la salud, iglesia, jóvenes) fueron capacitadas acerca de la estrategia Pactos por la Vida y sus componentes, respecto de los principios de moderación del consumo y acerca de la implementación de programas de prevención y promoción efectivos.

Tabla 6
Principios de consumo

Variable	f	%	Variable	f	%
Género			Escolaridad		
Otro	1	0,3	NS/NR	1	0,3
Masculino	199	50,8	Sin escolaridad	4	1,0
Femenino	192	49,0	Primaria	71	18,1
Estado civil			Bachillerato	185	47,2
NS/NR	8	2,0	Técnica	52	13,3
Soltero(a)	161	41,1	Universitaria	58	14,8
Casado(a)	98	25,0	Posgrado	21	5,4
Unión libre	106	27,0	Ocupación		
Divorciado(a)/separado(a)	15	3,8	NS/NR	17	4,3
Viudo(a)	4	1,0	Estudiante	75	19,1
Estrato			Empleado	153	39,0
0	19	4,8	Independiente	66	16,8
1	97	24,7	Hogar	57	14,5
2	213	54,3	Pensionado	5	1,3
3	52	13,3	Desempleado	19	4,8
4	7	1,8	Hijos		
5	1	0,3	Sí	145	37,0
7	1	0,3	No	230	58,7
8	2	0,5			

- Entre las personas capacitadas se incrementa la percepción de riesgo y vulnerabilidad relacionada con el consumo riesgoso de alcohol, y se incrementa la intención de aplicar algunos de los seis principios de moderación del consumo.
- El programa cuenta con un sistema mixto de diagnóstico y seguimiento de los alcances (cualitativo y cuantitativo) en el que se incluyen indicadores directos e indirectos; los instrumentos han sido validados en población colombiana y se cuenta con una versión de registro electrónico que facilita la recolección de los datos en población con acceso a equipos de cómputo y que tiene un nivel educativo mínimo de bachillerato.
- Los resultados inmediatos del programa se ven reflejados en el incremento de la disponibilidad al cambio de los participantes, y en el incremento de la percepción

de riesgo y vulnerabilidad respecto de la consideración de la importancia de aplicar al menos tres principios de moderación.

- Se capacitó a la policía de menores y a tres agentes de la policía, pero la alta rotación de los policías encargados de velar por la seguridad de los habitantes del municipio hace difícil que el personal capacitado sea quien garantice el control efectivo de la venta.
- El programa Pactos por la Vida es multimétodo y multinivel, lo cual favorece la participación activa de los distintos agentes sociales y gubernamentales. A pesar de que fue limitada la participación de la comunidad, los que formaron parte de este proceso se mostraron altamente participativos y dispuestos a aprender y aplicar lo aprendido.

Barreras y costos:

- A pesar de que se capacitó a un número amplio de gestores del municipio, estos no tuvieron el tiempo requerido ni el apoyo suficiente para llevar a cabo las acciones de replicación. Esto, aun cuando se firmó un convenio entre el municipio y la Universidad Católica de Colombia.
- La implementación del programa Pactos por la Vida requiere una disponibilidad de tiempo dedicado exclusivamente al desarrollo de las actividades previstas en los planes. En el municipio, los equipos gubernamentales de trabajo son pequeños, tienen alta carga laboral y baja percepción de corresponsabilidad en la solución del problema; probablemente por ello no se logró la institucionalización del proceso entre los líderes gubernamentales del municipio.
- La recolección de las medidas de línea de base y de seguimiento que, de acuerdo con las instrucciones, pretende ser estratificadas aumenta la dificultad para conseguir la muestra. Además, las muestras no resultan comparables en términos estadísticos; por ello se considera que este aspecto tiene dificultades metodológicas que incrementan el costo de la aplicación de la propuesta.
- La complejidad del instrumento dificulta la comprensión de personas con bajo nivel educativo y obliga la heteroaplicación de estos.
- El instrumento no evalúa el nivel de consumo en el último año y la planeación de moderación de consumo debe leerse en el marco de la tendencia de consumo del participante; algunos ítems del instrumento utilizado para evaluar presentan dificultades de diseño, ya que no todas las opciones de respuesta ofrecidas eran claras para los participantes:

- En el segundo apartado, pregunta 1 acerca del consumo de licor, al marcar la respuesta *no*, las siguientes preguntas no aplican, pero la instrucción no resultó clara para los participantes.
- La pregunta 5 del apartado 2 no permitía identificar el nivel de consumo ocasional ni el consumo en el último año.
- En el apartado 3 las preguntas no eran fácilmente comprendidas por personas con un nivel educativo bajo, debido al lenguaje utilizado, a la forma en que estaban redactadas y a la estructura de cada ítem, lo que obligó a realizar heteroaplicaciones en buena parte de los casos.
- La complejidad de la estructura de las preguntas sobre los seis principios dificultó la comprensión e implicó heteroaplicación.
- La alta diversidad de sitios en los que se expenden bebidas alcohólicas en el municipio, sumado a la falta de regulación en el POT municipal, dificulta el diseño de una estrategia universal de clasificación de zonas seguras de consumo o de reconocimiento de establecimientos.
- A pesar de la existencia de normas relacionadas con la prohibición de presencia en establecimientos de expendio de bebidas alcohólicas y del consumo en menores de edad, estas no se cumplen.
- Aun cuando se hizo la capacitación a agentes, no es posible observar el impacto de su acción, debido a que no se programaron actividades de multiplicación del conocimiento, y solo se contó con el apoyo parcial por parte de los entes gubernamentales. Solo se aplican algunos componentes del programa debido a que no se cuenta con el equipo de trabajo consolidado.
- El municipio diseña su propio logo y piezas publicitarias para promover la aplicación de los principios de moderación de consumo, pero se imprime una baja cantidad de ejemplares debido a la limitación del presupuesto aprobado por parte del municipio para la implementación del programa.

Conclusiones de la aplicación

En suma, aunque se puede pensar que las acciones realizadas tuvieron efecto sobre el inicio de la moderación del consumo, no es posible concluir acerca de la efectividad del programa aplicado en un municipio pequeño, pero sí se pueden listar los aspectos que deben ser considerados básicos para la implementación del programa:

- a) Se requiere de la voluntad política de los entes gubernamentales, que vaya más allá de la firma de convenios y se cristalice en acciones preparatorias para la aplicación del programa en un municipio.

- b) Es preciso realizar acciones de sensibilización sobre PpV, dirigidas a incrementar la disponibilidad de las personas, de los entes gubernamentales y no gubernamentales, de modo tal que para la ejecución de la etapa de diagnóstico y aprestamiento se haya logrado incrementar la percepción de corresponsabilidad y aumentar la motivación por participar en el programa.
- c) Es necesario alinear el programa con las políticas públicas para que se incorpore en los planes de gobierno, en función de que las acciones derivadas del programa no sean vistas como anexas a los procesos administrativos y se destinen los recursos necesarios para desarrollar la propuesta, al tiempo que los encargados de elegir a los representantes puedan considerar el tiempo real requerido para instrumentar la propuesta.
- d) Es necesario contar con un equipo interdisciplinar de base, que pueda facilitar la implantación del programa y haga seguimiento periódico de las acciones.
- e) La propuesta ha de estar respaldada por entidades gubernamentales nacionales y departamentales, para lograr establecer el compromiso y apoyo de la Alcaldía Municipal.
- f) En municipios pequeños es preciso modificar la estrategia de instalación de mesas y constituir un grupo global de trabajo con comités específicos para facilitar su implementación.

Sin embargo, es importante anotar que si se tienen en cuenta las recomendaciones anteriores, y una vez revisadas las consideraciones sobre las condiciones de los programas de prevención basados en la evidencia, Pactos por la Vida puede ser considerada una estrategia posiblemente eficaz, que requiere de mayores análisis y de grupos poblaciones diversos que permitan evaluar su pertinencia y efectividad en poblaciones diversas.

Referencias

- Alonso, M., Santiago, E., Frederickson, K., Guzmán, F. y López, R. (2008). Efecto de una intervención para prevenir el consumo de alcohol y tabaco en adolescentes de escuelas secundarias de Monterrey. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 10(1), 79-92.
- Asociación Americana de Psicología (APA) (2002). Criteria for evaluating treatment guidelines. *American Association*, 57(12) 1052-1059. Doi: 10.1037//0003-066X.57.12.1052
- Australian Psychological Society (2006). *Evidence-based Psychological Interventions in the Treatment of Mental Disorders: a literature review* (3.^a ed.). Sídney: Autor.
- Blatt, J., y Zuroff, D. C. (2005). Empirical evaluation of the assumptions in identifying evidence based treatments in mental health. *Clinical Psychology Review*, 25(4), 459-486.
- Berrio, G. y Hernández, P. (2004). Tratamientos con apoyo empírico en psicología de la salud. *Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología*, 3(2), 7-26.

- Centros de Integración Juvenil (2008). *Prevención selectiva. Catálogo de proyectos piloto*. Recuperado de <http://www.enlinea.cij.gob.mx/cursos/PrevencionR/htm/proyfasepiloteo/prevenciondelconsumo/Pdf/CatalogoDeProyectosPiloto.pdf>
- Chambless, D. L. y Ollendick, T. H. (2001). Empirically supported Psychological interventions: controversies and evidence. *Annual Review of Psychology*, 52, 685- 716
- Comisión Interamericana para el Control el Abuso de Drogas (CICAD) (CICAD) (2005). *Lineamientos hemisféricos de la CICAD en prevención escolar*. Washington: Organización de los Estados Americanos.
- Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas (2006). *Manual de prevención del consumo de drogas*. Recuperado de <https://www.scribd.com/doc/22482074/manual-de-prevencion-de-consumo-de-drogas-devida>
- Comisión Interinstitucional Nacional de Drogas (2009). *Los usos de drogas y su abordaje en la educación. Orientaciones para la promoción de salud y prevención*. Montevideo: Uruguay. Recuperado de http://www.infodrogas.gub.uy/html/material-educativo/documentos/2009_manual_secundaria.pdf
- Dunn, E. C., Neighbors, C. y Larimer, M. E. (2006). Motivational enhancement therapy and self-help treatment for binge eaters. *Psychology of Addictive Behaviors*, 20, 44-52. Doi: 10.1037/0893-164X.20.1.44
- Federación de Alcohólicos Rehabilitados de España (2010). *Guía de buenas prácticas*. Madrid: Autor.
- Fernández, R. y Soto, M. (2007). ¡ORDAGO! Afrontar el desafío de las drogas. Ed. Edex.
- Fernández, H. J. y Pérez, Á. M; (2001). Separando el grano de la paja en los tratamientos psicológicos. *Psicothema*, 13(3). 337-344
- Fernández-Cano, A. (2003). *Análisis cientimétrico, conceptual y metodológico de la investigación española sobre evaluación de programas educativos* (tesis de grado). Granada: Universidad de Granada.
- Flórez-Alarcón, L. (2009). *Pactos por la vida. Saber Vivir/Saber Beber*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Flórez-Alarcón, L. y Vélez, H. (2012). *Pactos por la Vida: Saber Beber, Saber Vivir, Convivencia Segura. Municipio promotor del consumo seguro y convivencia*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Green, L. W. y Kreuter, M.W. (1999.). *Health Promotion Planning: An Educational and Environmental Approach* (3.ª ed.). Toronto: Mayfield Publishing Company.
- Gual, A. (2002). Monografía alcohol. *Adicciones*, 14.
- Instituto Colombiana de Bienestar Familiar y Dirección Nacional de Estupefacientes (2010). *Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en adolescentes en conflicto con la Ley en Colombia 2009*. Bogotá: Autor.
- Ireland, D., Lister-Shap, D.J., Lowe, G. y Bree, R. (2008). Prevención primaria para el abuso de alcohol en los jóvenes. Foxcroft. Recuperado de <http://fare.es/uploads/pdfs/6d19433b-0de258d3399a764ebaa80d89.pdf>

- Jiménez-Iglesias, A., Moreno, C., Oliva, A. y Ramos, A. (2012). Evaluación de la implementación de dos programas de prevención de drogodependencias en el sistema educativo andaluz: Dino y Prevenirt para vivir. *Revista de Educación*, 358, 334-356. Doi 10.4438/1988-592X-RE_2011-358-081
- Junta de Castilla y León (2012). Modelo de formación del profesorado para la aplicación de los programas “discover” y “construyendo salud”. Recuperado de <http://www.educa.jcyl.es/es/programas/programas-prevencion-escolar-consumo-drogas>
- Kroger, C., Winter, H. y Shaw, R. (1998). *Manual para responsables de planificación y evaluación de programas*. EMCDDA – OEDT.
- Londoño, C. y Valencia, S. (2005). La investigación en el proceso de soporte empírico de las terapias: alcances y limitaciones. *Acta Colombiana de Psicología*, 13, 163-181.
- Llobell, J., Frías, M. y Monterde, H. (2004). Tratamientos psicológicos con apoyo empírico y práctica clínica basada en la evidencia. *Papeles del Psicólogo*, 25(87), 1-8.
- Magill, M., Apodaca, T., Barnett, N. y Monti, (2010). The route to change: Within-session predictors of change plan completion in a motivational interview. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 38(3), 299-305.
- Ministerio del Interior y de Justicia, Ministerio de la Protección Social & Dirección Nacional de Estupefacientes (2009). *Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia 2008: Informe Final*. Bogotá: Autor.
- Ministerio de Salud de Chile (2005). *Guía clínica: detección y tratamiento del consumo problema y la dependencia al alcohol y otras sustancias psicoactivas en la atención primaria*. Santiago de Chile: Autor.
- Muñoz, L. et al. (2010). Elementos para programas de prevención de consumo de alcohol en universitarios. *Universitas*. 11(1), 131-145.
- Mustaca, A. (2004). Terapias con Apoyo Empírico. *Revista Mexicana de Psicología*, 21(2), 105-118.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2011). *Manual para uso en la atención primaria. La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST)*. Washington: Autor.
- Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud (2007). *Salud en las Américas*. Washington: Autor.
- Organización Panamericana de la Salud [OPS] (2012). *Salud en las Américas*. Washington: Autor.
- Organización Panamericana de la Salud (2010). La política de drogas y el bien público. Recuperado de http://www.cicad.oas.org/fortalecimiento_institucional/planesnacionales/docs/La%20politica%20de%20drogas%20y%20el%20bien%20publico.pdf
- Pulido, D. (2010). Diagnóstico municipal de factores de riesgo y protección y del consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes y jóvenes del Municipio de Sibaté - 2010.
- Vinnaccia, E. y Londoño, P. (2005). Prevención del abuso de alcohol en jóvenes universitarios: lineamientos en el diseño de programas costo-efectivos. *Psicología y Salud*, 15(002), 241-249.
- Zarco, J., Caudevilla, F., López, A., Álvarez, J. y Martínez, S. (2007). *Actuar es posible: el papel de la atención primaria ante los problemas de salud relacionados con el consumo de drogas*. Barcelona: Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria.



UNIVERSIDAD CATÓLICA
de Colombia

Editado por la Universidad Católica de Colombia en
diciembre de 2016, en papel propalibros de 75 g.,
en tipografía Minion Pro, tamaño 11 pts.

Publicación digital
Hipertexto Ltda.

Impreso por:
Xpress Estudio Gráfico y Digital S.A.

Sapientia aedificavit sibi domun

Bogotá, D. C., Colombia

COLECCIÓN LOGOS VESTIGIUM

Pactos por la Vida: una
experiencia de prevención
basada en la evidencia

2

Esta obra tiene como objetivo presentar una mirada crítica del programa de prevención integral de consumo de alcohol Pactos por la Vida acogido por el Ministerio de Salud y Protección Social como estrategia de salud pública. El programa Pactos por la Vida: Saber Beber Saber Vivir fue diseñado por el Dr. Luis Flórez Alarcón, como fruto de investigaciones rigurosas desarrolladas por más de 10 años en la Universidad Nacional de Colombia y ha sido aplicado en más de cinco ciudades principales de Colombia. Para analizar los alcances de la propuesta, el Grupo de Investigación ENLACE de la Facultad de Psicología de la Universidad Católica de Colombia en convenio con la Alcaldía Municipal de Sibaté realizó un estudio para evaluar el impacto de la estrategia en el Municipio. El libro presenta en detalle la aplicación de la propuesta, los alcances de los efectos positivos y las limitaciones de la aplicación del programa en un municipio pequeño. Las conclusiones apuntan a que existe evidencia suficiente de la efectividad del Programa Pactos por la Vida si se conservan las especificaciones técnicas del mismo.

En la primera parte se presenta el panorama de consumo en el país y el Municipio de Sibaté; en la segunda se analizan los criterios para considerar efectiva una intervención en salud y se presenta el programa en detalle; para finalmente mostrar los resultados de la aplicación, analizar de forma crítica sus alcances y proponer algunos aspectos clave para potenciar la aplicabilidad de la estrategia.

